

Aus dem Institut für Rechtsmedizin

der Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. med. H. Schweitzer

D R O G E N S U C H T
U N D
S O Z I A L V E R S I C H E R U N G

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf
vorgelegt von

WILHELM DAHLMANN

1978

1980

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. med. H. Schweitzer

D R O G E N S U C H T
U N D
S O Z I A L V E R S I C H E R U N G

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf
vorgelegt von

WILHELM DAHLMANN

1978



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof. Dr. H. Reinauer

Referent
gez.: Prof. Dr. E. Trube-Becker
Korreferent
gez.: Prof. Dr. H. Zimmermann

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
I. Einleitung	1
II. Sucht und der Begriff der Drogenabhängigkeit der WHO	3
III. Mißbräuchlich verwendete Substanzen und deren Wirkungen	6
1. Abhängigkeit vom Morphin-Typ	6
2. Abhängigkeit vom Barbiturat-Alkohol-Typ	8
3. Abhängigkeit vom Amphetamin-Khat-Typ	10
4. Abhängigkeit vom Cocain-Typ	11
5. Abhängigkeit vom Cannabis-Typ	11
6. Abhängigkeit vom Halluzinogen-Typ	12
IV. Polyvalenter Mißbrauch und Polytoxikomanie	13
V. Einige epidemiologische Daten zur Situation der Rauschmittelabhängigkeit in der BRD	14
VI. Allgemeines zur Sozialversicherung in der BRD	15
1. Rechtsgrundlagen	15
2. Süchtige als Anspruchsberechtigte in der Sozialversicherung	17
VII. Sucht, eine Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung	18
1. Der Krankheitsbegriff des Bundes-sozialgerichtes	18
2. Trunksucht = Alkoholabhängigkeit als Krankheit	19
3. Die rechtliche Gleichbehandlung aller Suchterkrankungen	20
VIII. Die "therapeutische Kette" - Konzepte zur Behandlung der Drogenabhängigkeit	24
IX. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen	29
1. Krankenpflege	30
2. Krankenhauspflege	35

IX.	3. Unterkunft in Kur- oder Spezial- einrichtungen	41
	4. Krankengeld	45
X.	Lohnfortzahlungen bei Drogenabhängigkeit	51
XI.	Die Leistungen der gesetzlichen Renten- versicherung	55
	1. Rechtsgrundlagen und Aufgaben	55
	2. Leistungen zur Rehabilitation	56
	3. Rentenleistungen	64
	3.1. Berufsunfähigkeitsrente	64
	3.2. Erwerbsunfähigkeitsrente	66
	3.3. Versagung von Rentenleistungen	68
XII.	Zusammentreffen von Leistungen der Renten- versicherung und der Krankenversicherung	70
XIII.	Die Leistungen der gesetzlichen Unfall- versicherung	75
	1. Rechtsgrundlagen und Allgemeines	75
	2. Suchtmittel als Unfallursache	78
	3. Drogenabhängigkeit - Berufskrankheit	79
	4. Drogenabhängigkeit als Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrank- heit	80
	5. Falldarstellung - Sucht als mittelbare Folge eines Arbeitsunfalles -	81
XIV.	Zwei Falldarstellungen aus dem Bereich der Renten- und der Krankenversicherung	83
	1. Falldarstellung I	83
	2. Falldarstellung II	85
XV.	Zusammenfassung	87
XVI.	Literaturverzeichnis	89

I. Einleitung

Wenn auch die Pressemeldungen über die Drogen- bzw. Rauschgiftwelle mit ihren vermutlichen sozialen Folgekosten für die Bevölkerung an Zahl und Umfang in den letzten Jahren abgenommen haben, bleibt doch festzustellen, daß die Zahl der meist jungen Menschen, die Jahr für Jahr zur Drogenszene stoßen, mit ca. 11.000 Personen konstant hoch ist.

Entwickelt sich aus dem Drogenkonsum eine Drogenabhängigkeit - und dies ist bei den in den letzten Jahren vermehrt verwendeten "harten" Drogen fast immer der Fall -, so muß die Entwöhnung von der Droge, die soziale und medizinische Rehabilitation, wegen der hohen Behandlungskosten teuer erkauft werden.

Der einzelne Drogenabhängige wäre dazu aus eigenen Kräften nicht in der Lage. Die Sozialgesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland stellt sicher, daß niemand aus Angst vor wirtschaftlicher Not seiner Angehörigen oder aus Mangel an eigenen Mitteln auf eine Behandlung seiner Drogenabhängigkeit verzichten muß.

Die Sozialversicherung ist ein Teil der Sozialgesetzgebung. Diese Arbeit greift die Frage auf, ob Drogenabhängigkeit als Versicherungsfall in der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung anzusehen ist und welche Leistungen in den einzelnen Versicherungssparten für den Drogenabhängigen erbracht werden können.

Weiterhin soll geprüft werden, ob die Versicherungsträger berechtigt sind, bei vorliegender Drogenabhängigkeit Leistungen zu verweigern und auf welchen Rechtsgrundlagen diese Entscheidungen beruhen können.

Aus sozialmedizinischer Sicht liegen zu dieser Thematik nur wenige Arbeiten vor, und für viele in der Praxis und an den Krankenhäusern tätige Ärzte ist die Rechtssituation bei der Behandlung von Drogenabhängigen, die in der Sozialversicherung versichert sind, nicht eindeutig.

Ziel dieser Arbeit ist es, eine vertiefte Kenntnis der sozialversicherungsrechtlichen Zusammenhänge zu vermitteln und die Rechtsansprüche der drogenabhängigen Patienten transparent zu machen.

II. Sucht und der Begriff der Drogenabhängigkeit der WHO

Der im deutschen Sprachraum verwendete Begriff Drogensucht beinhaltet in medizinischer Hinsicht keine eindeutige Aussage über das zugrunde liegende Krankheitsgeschehen. Sucht bezeichnet hier ganz allgemein eine Möglichkeit menschlichen Verhaltens.

LAUBENTHAL beschrieb 1964 den Begriff der Süchtigkeit als "ein starkes hemmungsarmes, dominierendes Verlangen nach bestimmten Werten oder Scheinwerten, das aus der Persönlichkeit heraus, im wesentlichen entsprechend dieser Persönlichkeit, auch aktiv geformt ist, das gewöhnliche Maß überschreitet und daher zerstörerisch und selbstzerstörerisch wirkt."

Nach MÖLLHOFF ist entscheidend für das Verhalten "die Bindung an das jeweilige Mittel und die hieraus resultierende mehr oder minder metabolisch bedingte Suchtstoffabhängigkeit."

Die WHO (EDDY u.a.) empfiehlt zur Frage der Begriffsdefinitionen seit 1964 statt starrer Definitionen die Verwendung kurzer, dem jeweiligen Stand der Kenntnisse angepaßter Beschreibungen der verschiedenen, mißbräuchlich verwendeten Stoffgruppen.

Mißbrauch oder wie HALBACH sagt "nicht medizinischer Gebrauch" von Substanzen steht immer am Beginn süchtigen Geschehens. Ob und inwieweit eine Bindung erfolgt, hängt jedoch von der multifaktoriellen Reaktionsweise des Organismus und der Umwelt ab (MÖLLHOFF).

HOFFMEISTER führt an, daß es auf der einen Seite psychopharmakologisch hochwirksame Substanzen gebe, die von dafür disponierten Personen im Übermaß verwendet d.h. also mißbraucht würden, während andere ebenso hochwirksame Substanzen von diesen Personen freiwillig nicht verwendet würden.

Danach haben Substanzen, die freiwillig chronisch und in überhöhten Dosen eingenommen werden, bestimmte Wirkungen, die die Grundlage für ihren Mißbrauch bilden. Diese Fähigkeit einer Substanz, Mißbrauch hervorzurufen - ihr Mißbrauchspotential - werde im wesentlichen durch die o.g. pharmakologischen Wirkungen bestimmt.

Die WHO verwendet den Terminus "Drug Dependence" (Drogenabhängigkeit), wobei unter "Droge/Suchtstoff" lediglich eine Substanz verstanden wird, deren "Einnahme zur Reizung empfänglicher biologischer Substrate führt" (HALBACH), als übergeordneten Begriff für Medikamente, Rauschgifte, pharmazeutische Drogen, Genußgifte wie Alkohol, Nikotin u.a..

Danach versteht man unter "Drogenabhängigkeit" einen Zustand seelischer oder seelischer und körperlicher Abhängigkeit von einer Droge mit zentralnervöser Wirkung, der durch die periodisch oder ständig wiederholte Einverleibung dieser Substanz charakterisiert ist und dessen Merkmale je nach der Art des Suchtstoffes variieren. Dies muß jeweils durch die zusätzliche Angabe des speziellen Typs der Drogenabhängigkeit eindeutig präzisiert werden.

"Psychische Abhängigkeit" wird gekennzeichnet als ein schwer bezwingbares Verlangen nach periodisch oder ständig wiederholter Einnahme der Droge, um

Unlustgefühle zu verscheuchen oder lustvolle Befriedigung zu erlangen, wobei versucht wird, sich die Substanz mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu beschaffen (STEINBRECHER, SOLMS).

Nach KIELHOLZ, BATTEGAY, LADEWIG bildet dieses maßlose, unersättliche Verlangen die grundlegende Voraussetzung für das Auftreten und Fortbestehen jeder Drogenabhängigkeit und führt zum Hauptcharakteristikum der Sucht, zum "Nicht-mehr-aufhören-können".

"Körperliche Abhängigkeit" wird als Anpassungszustand betrachtet, der sich in ernsten Störungen somatischer Natur äußert, wenn die Mitteldosis vermindert, die Droge abgesetzt oder ihre Wirkung durch die Verabreichung eines spezifischen Antagonisten modifiziert wird.

Wird bei längerer Einnahme die Toleranz erhöht, so muß der Abhängige, um die gewünschte Wirkung zu erhalten, höhere Dosen einnehmen bzw. auf stärker wirkende Mittel umsteigen. Vom toxikologischen her ist Toleranzerhöhung ein erschwerender Faktor der Abhängigkeit (HOFFMEISTER).

Das Mißbrauchspotential einer Substanz kann sich demnach in den genannten Effekten der "psychischen Abhängigkeit", der "körperlichen Abhängigkeit" und der "Toleranzerhöhung" manifestieren.

III. Mißbräuchlich verwendete Substanzen und deren Wirkungen

Die WHO unterscheidet folgende Abhängigkeitstypen:

1. Abhängigkeit vom Morphin-Typ
2. Abhängigkeit vom Barbiturat-Alkohol-Typ
3. Abhängigkeit vom Amphetamin-Khat-Typ
4. Abhängigkeit vom Kokain-Typ
5. Abhängigkeit vom Cannabis-Typ
6. Abhängigkeit vom Halluzinogen-Typ

Im Rahmen dieser Arbeit soll nur kurz auf die Zugehörigkeit einzelner Substanzen zu den Abhängigkeitstypen und auf die physischen und psychischen Wirkungen eingegangen werden.

Die aufgeführten Substanzen stehen dabei nur beispielhaft, eine vollständige Auflistung kann nicht vorgenommen werden.

1. Abhängigkeit vom Morphin-Typ:

Zugehörige Substanzen:

Opium, Morphin und Derivate, Opiumtinktur und Pantopon, Codein, codeinhaltige Hustenmittel, Hydromorphon (Dilaudid^R), Dihydrocodeinon (Dicodid^R), Oxycodon (Eukodal^R), Heroin, "Berliner Tinktur" und weitere.

Verwandte Substanzen:

Meperidin (Dolantin^R), Ketobemidon (Cliradon^R), Methadon (Polamidon^R) und weitere.

Psychische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Für das Entstehen psychischer Abhängigkeit wird die Morphineuphorie als spezifische psychopharmakologische Wirkungsqualität der Opiate verantwortlich gemacht (HOFFMEISTER).

Sie soll bewirken, daß aversive Afferenzen an den Strukturen des ZNS, die die Affekte, die Stimmung und das Gefühl bestimmen, nicht mehr voll wirksam werden. Infolgedessen treten die normalerweise durch solche aversiven Afferenzen oder Reize hervorgerufenen Ängste oder Konflikte nicht hervor oder erscheinen bedeutungslos.

Der Morphinabhängige löst in der Folge keine Konflikte mehr, sondern versucht, durch passive Adaptation auszuweichen.

Physische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Bei körperlich abhängig gewordenen Personen treten wenige Stunden nach der letzten Zufuhr einer morphin-ähnlich wirkenden Substanz Entzugssymptome auf, die ihr Maximum 36 - 72 Std. nach der letzten Dosis erreichen. Am Anfang stehen Tränenfluß, Gähnen, Schwitzen, unruhige schlafähnliche Zustände. Dann folgen Mydriasis, Anorexie, Piloerektion, Ruhelosigkeit, Tremor.

Schließlich folgen Schlaflosigkeit mit gesteigerter Erregbarkeit, völlige Anorexie, Depression, Nausea, Erbrechen, intestinale Spasmen und Diarrhö. Herzfrequenz und Blutdruck sind erhöht, die Gefahr von Herz-Kreislaufversagen besteht (HOFFMEISTER).

Todesfälle nach Morphinmißbrauch:

Bei der Obduktion von Drogenusern konnte TRUBE-BECKER in 11 von 23 Fällen nach Morphinabusus einander ähnliche Befunde erheben, und zwar Hirnödem, Lungenödem, hochgradige Blutstauung in allen Organen, Einstichverletzungen.

KEUP kennzeichnet den "Überdosierungstod" durch die Merkmale des akuten Lungenödems und nennt Erstickung als Todesursache. Eine stark atemdepressive Wirkung von Morphin ist pharmakologisch unbestritten.

2. Abhängigkeit vom Barbiturat-Alkohol-Typ:

Zugehörige Substanzen:

Alle Barbiturate, besonders langwirkende, aber auch kurzwirksame, wie z.B. Amobarbital (Schiwanox), Pentobarbital (Neodorm), Phenobarbital (Luminal).
Alkohol.

Verwandte Substanzen:

Barbitursäurefreie Schlafmittel wie Gluthethimid (Doriden), Methypylon (Noludar).

Tranquillantien vom Typ Meprobonat (Aneural, Dabromat) scheinen gesichert eine barbituratähnliche Abhängigkeit erzeugen zu können, von Benzodiazepinderivaten (Librium, Valium) kann eine solche Wirkung nach sehr hohen Dosen in einzelnen Fällen angenommen werden (HOFFMEISTER). Schließlich erzeugen industrielle Lösungsmittel wie Toluol, Azeton, Chloroform barbituratähnliche Wirkungen.

Psychische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Zentrale Bedeutung hat die durch barbiturähnlich wirkende Substanzen ausgelöste Euphorie. Allerdings steht nicht die passive Adaption der Morphineuphorie im Vordergrund, sondern psychisch enthemmende Wirkungen. In der Folge können Ängste und Konflikte durch aktive Handlungen, durch Abreaktion, angegangen werden.

Physische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Alle barbituratähnlich wirkenden Substanzen können körperliche Abhängigkeit hervorrufen. Bei kurz wirkenden Verbindungen setzt etwa 12 - 16 Stunden nach der letzten Einnahme ein Entzugssyndrom ein, das geprägt ist durch Ruhelosigkeit, Angst, Tremor, Schwächegefühl, abdominale Krämpfe, Nausea, Erbrechen, Blutdruckschwankungen, Reflexhyperaktivität und Krämpfe bis hin zum Status epilepticus (HOFFMEISTER).

Während des 2. und 3. Tages erreicht das Entzugssyndrom bei Mißbrauch kurz wirkender Barbiturate seinen Höhepunkt. Wurden lang wirkende Barbiturate eingenommen, so können bis zum 7. oder 8. Tag Krämpfe bei insgesamt protrahiertem Verlauf auftreten.

Die Folgen chronischen Alkoholmißbrauchs sollen hier nur kurz angesprochen werden, da die Alkoholsucht in ihrer medizinischen und sozialversicherungsrechtlichen Bedeutung in dieser Arbeit nicht zentral behandelt werden kann, sondern nur zu Analogbetrachtungen herangezogen werden soll.

Die toxischen Wirkungen sind besonders deutlich. Als Folgezustände chronischen Alkoholmißbrauchs treten auf: Gastritis, Lebererkrankungen bis zur Zirrhose, chronische

Nieren- und Herzerkrankungen, Polyneuritiden, Störungen zentraler Funktionen, Korsakow-Syndrom, akute Alkoholhalluzinose, Delirium tremens.

3. Abhängigkeit vom Amphetamin-Khat-Typ:

Zugehörige Substanzen:

Amphetamin (Elastonon) und Methamphetamin (Pervitin), Khat (aus Cathaedulis-Wirkstoff Ephedrin).

Verwandte Substanzen:

Methylphenidat (Ritalin), Phenmetrazin (Preludin), Fenethylline (Captagon).

Psychische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Kennzeichnend für die durch amphetaminähnliche Substanzen ausgelöste Euphorie ist das Gefühl, eine Erhöhung geistiger und körperlicher Kräfte zu erfahren. Dem User erscheinen Schlafen und Essen überflüssig, er erlebt eine stärkere sexuelle Leistungsfähigkeit (KRAMER, FISHMAN, LITTLEFIELD).

Physische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Ein Entzugssyndrom wie es bei Morphin- bzw. Opiatabhängigkeit beschrieben wurde, kommt bei Entzug von Amphetaminen nicht vor. Nach plötzlichem Absetzen amphetaminähnlicher Substanzen treten jedoch vermehrter Schlaf, Schwäche, Heißhunger und vereinzelt Depressionen auf, die nach JAFFE als Entzugssyndrom gewertet werden können.

4. Abhängigkeit vom Kokain-Typ:

Kokain kommt in den Blättern von südamerikanischen Erythroxyton-Arten vor.

Psychische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Als stark sympathikomimetisch wirkendes Stimulans (MUSCHOLL) löst Kokain Euphorie aus, die mit dem Gefühl höherer geistiger und körperlicher Kräfte und daraus resultierender Selbstüberschätzung einhergeht.

Bei langdauernder Einnahme hoher Dosen (10 g und mehr/die) können akustische, visuelle und taktile Halluzinationen hervorgerufen werden.

Physische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Kokain verursacht keine physische Abhängigkeit.

Kokainvergiftungen:

Nach Überdosis treten Sympathikusübererregung mit zentraler Exzitation auf, nach Extrem Dosen kann es zu Krampfanfällen und zentraler Atemlähmung kommen.

5. Abhängigkeit vom Cannabis-Typ:

Zugehörige Substanzen:

Cannabis indica mit Blättern und Blüten spitzen als Marihuana und ihrem Harz als Haschisch/Tetrahydrocannabinol.

Psychische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Euphorische Bewußtseinslage, Halluzinationen, Veränderungen von Zeit und Raumgefühl hängen sowohl von der Dosishöhe als auch der persönlichen Disposition des Users ab. Entsprechend schwankt die Intensität der psychischen Abhängigkeit.

Physische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Cannabis erzeugt keine physische Abhängigkeit.

6. Abhängigkeit vom Halluzinogen-Typ:

Zugehörige Substanzen:

Mescaline, Lysergsäurediäthylamid (LSD 25), Dimethyltryptamin (DMT), Diäthyltryptamin (DET), DOM (STP), Psilocin, Psilocybin.

Psychische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Als Ursache für die psychische Abhängigkeit erzeugenden Eigenschaften der Halluzinogene wird ihre Fähigkeit angesehen, einen "psychodelischen" Zustand hervorzurufen. Dieser ist gekennzeichnet durch eine gesteigerte Sensibilität gegenüber Umwelteinflüssen sowie durch das Gefühl, Zusammenhänge klarer zu durchschauen.

Berichtet wird auch vom Gefühl der Einheit mit dem Universum, ganz allgemein von Bewußtseinserweiterung oder von Bewußtseinsspaltung, die es ermöglicht, sich einerseits als passiver Beobachter zu erleben, der dann mit dem anderen Teil seiner Persönlichkeit gleichzeitig erregende Situationen durchläuft.

Physische Abhängigkeit erzeugende Eigenschaften:

Halluzinogene erzeugen keine physische Abhängigkeit.

Ebenso wie nach Amphetamin- und Cannabis-Mißbrauch kann es zu panikartigen Zuständen mit Todesfurcht und gestörtem Körpergefühl nach Halluzinogenmißbrauch kommen (Horror-Trip).

Diskutiert werden noch Chromosomenschädigungen mit nachfolgenden teratogenen Effekten (KATO, JARVI).

IV. Polyvalenter Mißbrauch und Polytoxikomanie

In den letzten Jahren wurde von verschiedenen Seiten weltweit eine Zunahme des polyvalenten Mißbrauchs festgestellt. Die User verwenden nicht mehr nur Drogen, sondern auch Alkohol und Medikamente nebeneinander.

KEUP spricht davon, daß Medikamentenmißbrauch nicht mehr klar von Drogen- und Alkoholmißbrauch zu trennen sei. So nahmen von 120 wegen Drogenmißbrauchs im 1. Halbjahr 1976 aufgenommenen Patienten der Karl-Bonhoeffer-Nerv.Kl. Berlin 85 gleichzeitig Alkohol und Medikamente, von 263 wegen Medikamentenmißbrauchs aufgenommenen Patienten verwendeten 216 auch andere Rauschmittel.

Während von 819 im 1. Halbjahr 1973 aufgenommenen Suchtkranken 11,6% drogenabhängig waren und bei 6% der Kranken eine Abhängigkeit polyvalenten Typs bestand, lag bei

den 947 Neuaufnahmen im 1. Halbjahr 1976 der Anteil der Drogenabhängigen bei 3,7%, der Anteil von Kranken mit polyvalentem Mißbrauch schon bei 23,3%.

V. Einige epidemiologische Daten zur Situation der Rauschmittelabhängigkeit in der BRD

Eine exakte Erfassung Drogensüchtiger ist in der BRD nicht möglich. So beruhen auch alle Zahlenangaben entweder auf Schätzungen, von denen KEUP angibt, sie würden wegen der Verbürgerlichung der Szene immer schwieriger, oder auf Hochrechnungen einzelner epidemiologischer Untersuchungen.

So spricht MÖLLHOFF für 1973 von 20.000 Süchtigen und 300.000 Gefährdeten.

Die BUNDESREGIERUNG spricht 1973 für die Altersgruppe der 12 - 25jährigen von 10.000 Abhängigen und 40.000 Dauerkonsumenten. Diese Zahl wird auch im Bericht zur Lage der Psychiatrie in der BRD für das Jahr 1973 genannt.

Danach befanden sich am 1.3.74 892 Drogenabhängige in stationärer Behandlung, während es im gesamten Jahr 1972 3.578 stationäre Aufnahmen gab.

Es werden für den Bereich der Drogenabhängigkeit 12.480 ambulant Betreute genannt, einschl. Arzneimittelabhängiger wurden in den Karteien der in der Suchthilfe tätigen Organisationen 19.936 Personen gezählt.

FRANKE gibt an, daß den Gesundheitsämtern 12.000 drogenabhängige Personen bekannt seien, 1974 von den Trägern der Suchthilfe 6.300 drogenabhängige Personen betreut wurden und eine Hochrechnung des Deutschen-Hospital-Index für 1974 5.000 Behandlungsfälle ergab. Für Ende 1975 nennt er für Nordrhein-Westfalen 7.500 Drogenabhängige und hochgerechnet für die BRD 27.000 Personen.

Abschließend soll erwähnt werden, daß die Zahl der durch den Konsum harter Drogen ums Leben gekommenen Abhängigen seit Jahren steigt und nach einer Mittelung der Bundesregierung für 1976 über 300 lag.

VI. Allgemeines zur Sozialversicherung in der BRD

1. Rechtsgrundlagen

Das Sozialversicherungsrecht ist Teil des Sozialrechts, welches im Sozialgesetzbuch (SGB) fixiert ist.

In § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB werden die Ziele des Sozialrechts u.a. wie folgt beschrieben:

- "Das Recht des SGB soll dazu beitragen".....
- "ein menschenwürdiges Dasein zu sichern"
- "die Familie zu schützen und zu fördern"
- "besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe abzuwenden oder auszugleichen"

§ 4 bestimmt, daß jeder im Rahmen der Bestimmungen des SGB ein Recht auf Zugang zur Sozialversicherung hat.

Für Versicherte der Sozialversicherung wird im Rahmen ihrer Zweige - der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung - ein Recht eingeräumt auf

- a) die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und
- b) wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbsfähigkeit und Alter.

Die rechtlichen Bestimmungen über die Sozialversicherung enthält die Reichsversicherungsordnung bzw. bezüglich der Rentenversicherung der Angestellten das Angestelltenversicherungsgesetz (AVG), das übereinstimmend mit der RVO geregelt ist.

Weitgehend gilt dies auch für die im Reichsknappschaftsgesetz (RKG) geregelte knappschaftliche Rentenversicherung.

Die o.g. Ziele werden erreicht durch einen Zusammenschluß der Versicherten zu einer sozialen Gefahrengemeinschaft. Dabei richten sich die Beiträge nicht nach dem versicherungsmathematischen Einzelrisiko, sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen gemessen am Arbeitseinkommen.

Dieser Solidaritätsgedanke der Sozialversicherung wird in der Krankenversicherung dadurch deutlich, daß in der Krankenpflege die Leistungen für alle Versicherten gleich sind. Insoweit findet also eine soziale Umverteilung statt.

Aufgrund der im SGB genannten Bestimmungen über die Möglichkeiten des Zugangs zur Sozialversicherung stieg die Zahl ihrer Mitglieder stark an. Für 1975 wurden für die KV 30,3 Mio. Mitglieder und 24 Mio. mitversicherte Familienangehörige entsprechend einem Anteil von rund 88% der Gesamtbevölkerung gemeldet.

1973 waren in der UV etwa 25 Mio. Arbeitnehmer mit 18 Mio. mitgeschützten Familienmitgliedern sowie ca. 13 Mio. Schüler, Studenten und Kindergartenkinder versichert.

Schließlich meldeten die Rentenversicherungsträger 30 Mio. Pflichtversicherte und 20 Mio. mitgesicherte Familienmitglieder (SCHULIN).

2. Süchtige als Anspruchsberechtigte in der Sozialversicherung

Von den o.g. Zahlen her erscheint es nicht verwunderlich, daß viele Rauschmittelabhängige in der Sozialversicherung und hier ganz besonders in der Krankenversicherung die im weiteren Verlauf noch zu nennenden persönlichen Leistungsvoraussetzungen entweder als Arbeitnehmer oder als mitversicherte Familienangehörige (Schüler, Studenten, nicht erwerbstätige Ehepartner) erfüllen.

Inwieweit aber auch ihre Rauschmittelabhängigkeit als Versicherungsfall akzeptiert wird, soll im weiteren dargestellt werden.

VII. Sucht eine Krankheit im Sinne der Reichsversicherungssordnung

1. Der Krankheitsbegriff des Bundessozialgerichtes

Die im Kapitel III. beschriebenen Zustandsbilder sind sicher nicht geeignet, der WHO-Definition von "Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens" zu entsprechen.

Eine Definition des Begriffs Krankheit enthält die RVO jedoch nicht und so muß geprüft werden, ob der in der deutschen Rechtssprechung entwickelte Krankheitsbegriff auf die Rauschmittelabhängigkeit übertragbar ist.

Das BSG hat diesen Krankheitsbegriff in ständiger Rechtssprechung in den letzten Jahren (bes. Urteil v. 20.10.72, BSG 35/ 10) wie folgt umrissen:

Krankheit ist ein objektiv faßbarer, regelwidriger Zustand des Körpers, des Geistes oder der Seele oder aller zugleich. Er bedarf der Heilbehandlung oder hat zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge.

Dabei gilt als regelwidrig, was von der durch den gesunden Menschen gesetzten Norm abweicht. Eine Behandlungsbedürftigkeit liegt dann vor, wenn der Zustand ohne ärztliche Hilfe nicht mit Aussicht auf Erfolg behoben werden kann. Zumindest aber muß er gebessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden, bzw. müssen durch ärztliche Hilfe Schmerzen oder sonstige Beschwerden gelindert werden (BRACKMANN S. 383, KRASNEY).

Durch die Einbeziehung auch seelischer Fehlhaltungen in den Krankheitsbegriff ist das BSG medizinischen Erkenntnissen gefolgt und man kann daher von einem dynamischen, nicht statischen Krankheitsbegriff sprechen (HARTMANN).

2. Trunksucht = Alkoholabhängigkeit als Krankheit

Die speziellere Fragestellung, ob Sucht eine Krankheit im Sinne der KV ist, wurde zunächst für die zum damaligen Zeitpunkt allein bedeutsame Alkoholabhängigkeit bzw. Trunksucht geprüft.

Dies wurde vom Reichsversicherungsamt zunächst nur für die Trunksucht im "vorgeschrittenen Grade" bejaht, die schon durch krankhafte Veränderungen innerer Organe, Schwächung des Nervensystems sowie durch krankhafte Willensschwäche dem Alkohol gegenüber gekennzeichnet war (RVA DOK 1936, S. 1336).

Später (RVA BREITHAUPT 1942, S. 250) entschied das RVA, bereits eine Trunksucht "erheblichen Grades" sei als Krankheit zu betrachten, ohne daß dieser Begriff näher umschrieben wurde.

Das BSG ist unter Berücksichtigung des erweiterten Krankheitsbegriffes und der Weiterentwicklung medizinischer Erkenntnisse dieser Rechtssprechung insoweit nicht mehr gefolgt, als das es seit seinem Urteil vom 18.6.68 (BSG 28, S. 114) Trunksucht nicht erst im fortgeschrittenen Stadium als Krankheit im Sinne der KV betrachtet. Als Kern des Suchtbegriffes sieht es die langdauernde, zwanghafte Abhängigkeit von dem Suchtmittel.

Die Sucht selbst - unabhängig von körperlichen oder psychischen Folgeerscheinungen - wird als regelwidriger Körper- und Geisteszustand und damit als Krankheit gesehen. Sie äußert sich im Verlust der Selbstkontrolle und im "Nicht-mehr-aufhören-können", der krankhaften Abhängigkeit vom Suchtmittel.

3. Die rechtliche Gleichbehandlung aller Sucht- erkrankungen

In der genannten Entscheidung wird über die Frage, ob Trunksucht als Krankheit im Sinne der RVO anzusehen sei entschieden. In der Urteilsbegründung wird jedoch deutlich, daß die Ausführungen des BSG auch für jede andere Sucht, unabhängig von der Art des Suchtmittels gelten.

So heißt es allgemein:

"Kern des Suchtbegriffs ist die langandauernde, zwanghafte Abhängigkeit von dem Suchtmittel; dies gilt insbesondere auch für die Trunksucht"

und an anderer Stelle wird in der Urteilsbegründung die im Schrifttum (SCHULTE, MENDE) vertretene Meinung gebilligt, daß

"Trunksucht wie jede andere Sucht ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand sei, der der ärztlichen Behandlung bedürfe."

Diese Meinung wurde in der Folgezeit auch im Schrifttum (KRASNEY, SPIELMEYER) vertreten.

Sie steht auch in Übereinstimmung mit den medizinischen Erkenntnissen, die wie im Vorhergehenden ausführlich erläutert, für die Drogenabhängigkeit - einschließlich des Typs Alkohol-Barbiturat - psychische und/oder physische Abhängigkeit vom Suchtmittel und damit die Kriterien "Verlust der Selbstkontrolle" und "Nicht-mehr-aufhören-können" postulieren.

Dabei sind beide Kriterien gemäß den Entschlüssen des Fachausschusses der WHO als gleichwertig zu betrachten.

Auch das Landessozialgericht NRW vertritt in einer Entscheidung vom 15.11.73 (AZ: L 16 Kr 221/72) die Auffassung, daß zwischen der Trunksucht und anderen Suchterkrankungen hinsichtlich der Anerkennungsfähigkeit in der KV kein grundsätzlicher Unterschied besteht.

In dem entschiedenen Fall einer Medikamentensucht sieht das Gericht die Regelwidrigkeit des Körper- oder Geisteszustandes in der Abhängigkeit vom Suchtmittel als gegeben an.

Diese Abhängigkeit erlaube es dem Süchtigen meist nicht, mit eigener Willensanstrengung davon los zu kommen.

Gegen die Auffassung, den Verlust der Selbstkontrolle bzw. das "Nicht-mehr-aufhören-können" als Suchtkriterium anzusehen, läßt sich der Einwand der Unpraktikabilität erheben.

Dazu wird entgegnet (BRACKMANN, KRASNEY), daß die ärztliche Feststellung eines solchen Stadiums, wie überhaupt die Feststellung psychischer Störungen im

Einzelfall zwar schwierig sein könne, sich aber in der Praxis bei diesem nach der Rechtsprechung wesentlichem Kriterium der Sucht keine Schwierigkeiten ergäben. Denn ärztliche Hilfe nähmen Suchtkranke regelmäßig erst dann in Anspruch, wenn bei ihnen der Verlust der Selbstkontrolle nicht mehr zweifelhaft sei.

Weitere Einwände (Berg) gingen dahin, daß es eine Aufgabe des Versicherungsprinzips sei, wenn die Kosten des gesundheitlichen Fehlverhaltens eines Einzelnen der Versichertengemeinschaft auferlegt würden.

Dazu ist zunächst aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht zu sagen, daß die RVO den Begriff der Krankheit nicht auf den schuldlosen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand eingrenzt.

Selbst bei einer vorsätzlich zugezogenen Krankheit kann von daher eine ärztliche Behandlung nicht verweigert werden (KRASNEY).

Für die Gewährung von Krankengeld und bei der Lohnfortzahlung gelten andere Maßstäbe, auf die im weiteren Verlauf der Arbeit eingegangen wird.

Wenn man aber ein stärkeres gesundheitliches Wohlerhalten als persönliche Leistungsvoraussetzung des Versicherten fordert, so kann - einmal davon abgesehen, daß es meines Erachtens aus dem bisher gesagten unzulässig ist, von der Suchtkrankheit als gesundheitlichem Fehlverhalten zu sprechen - dies nur für alle Erkrankungen gelten.

So vertritt auch KRASNEY die Auffassung, man könne nicht die Folgen aus nichtsüchtigem Fehlverhalten wie überkalorische Ernährung mit daraus resultierenden

Herz- und Gefäßerkrankungen, stärkste körperliche und geistige Belastungen zur Erlangung eines höheren Lebensstandards mit daraus folgendem Streßsyndrom u.a.m., in der Leistungspflicht der KV belassen und die Folgen süchtigen Fehlverhaltens, in dem der Erkrankte im Gegensatz zum nichtsüchtigen Verhalten seine Selbstkontrolle verloren habe, aus der Leistungspflicht ausschließen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß Suchterkrankungen unabhängig von der Art des Suchtmittels von der Rechtsprechung als Krankheit im Sinne der RVO eingestuft worden sind.

Damit haben Suchtkranke, sofern sie in der Sozialversicherung als Mitglied oder Angehörige versichert sind, auch Leistungsansprüche für eben diese ihre Suchtkrankheit.

Im folgenden soll versucht werden, anhand der Einzelbestimmungen der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung darzustellen, welche Einzelleistungen zugunsten Suchtkranker erbracht werden und wo aufgrund der medizinischen und sozialmedizinischen Besonderheiten bei der Drogenabhängigkeit dennoch Unklarheiten vorhanden sind, die in Leistungsversagungen seitens der Sozialversicherungsträger ihren Niederschlag finden können.

VIII. Die "therapeutische Kette"-Konzepte zur Behandlung der Drogenabhängigkeit -

Vor der Einzelbesprechung des Leistungskataloges der einzelnen Zweige der Sozialversicherung bezüglich der Behandlung der Drogenabhängigkeit erscheint es sinnvoll, die Grundzüge der Therapie Drogenabhängiger darzustellen.

Erst der Vergleich therapeutischer Maßnahmen mit den Maßstäben, die von der RVO an die Anerkennung und Gewährung von Heilbehandlung gesetzt sind, ermöglicht Aussagen über Leistungsverpflichtung und Leistungsgewährung durch die Träger der Sozialversicherung.

Ein einheitliches Bild stellt die Drogenabhängigkeit nicht dar. Da zu ihrer Entstehung unterschiedliche Faktoren, wie Persönlichkeitsstruktur, gesellschaftliche, lebensgeschichtliche und altersspezifische Einflüsse in unterschiedlichem Maß beitragen, muß jeder Abhängige auch in seiner spezifischen Situation behandelt werden.

Wenn es auch kein starres Konzept für die Therapie gibt, so wird doch die "therapeutische Kette" (s. Anhang zur Psychiatrie-Enquete S. 58 ff) von vielen Seiten als wünschenswertes Therapiemodell bezeichnet (WANKE, MÖLLHOFF u.a.). Sie stellt den Versuch dar, aus verschiedenen therapeutischen Angeboten ein integriertes und koordiniertes Behandlungssystem zu bilden.

- a) Die erste Phase besteht in der Kontaktaufnahme mit dem Patienten. In nicht spezialisierter Vorfeldarbeit in Institutionen wie Schulen, Beratungsstellen, Jugend- und Gesundheitsämtern, bei Ärzten, Seelsorgern u.a., sowie in spezialisierter Vorfeldarbeit durch "street workers", in Selbsthilfegruppen u.a., sollen Kontaktaufnahme und Erstberatung stattfinden.

Zielsetzung ist dabei die Weitervermittlung an spezialisierte Einrichtungen, besonders an Fachambulanzen.

- b) Die Fachambulanz hat das Ziel, die von allen Therapeuten als notwendig erachtete Motivation des Abhängigen zur Therapie zu wecken.

Mit der Methode der Psychodiagnostik, Einzel- und Gruppenarbeit, Soziotherapie, Psychotherapie, Somatotherapie sollen Gefährdete sowie "Nicht-mehr-Konsumenten" stabilisiert werden bzw. Abhängige, die der stationären Behandlung bedürfen, zu dieser überwiesen werden.

- c) In der stationär ausgeführten Phase der körperlichen Entziehung und Entgiftung hat die medizinische Behandlung den Vorrang.

Einer diagnostischen Klärung folgt auf einer Intensivbettenabteilung bei physisch Abhängigen die gezielte, internistische Entgiftungsbehandlung sowie die Behandlung etwaiger sekundärer Organschäden.

Bei der hier betreuten Gruppe der physisch Abhängigen und der Drogennotfälle ist es erklärtes Ziel, über die genannte Therapie hinaus, beim Patienten eine Krankheitseinsicht zu erzielen und ihn zur Behandlung in weiteren stationären Einrichtungen zu gewinnen.

- d) In drogen- oder suchtspezifischen Kliniken oder Spezialabteilungen wird die sich immer über ca. 6 - 9 Monate hinziehende Behandlung der psychischen Abhängigkeit durchgeführt.

Unter geschützten Bedingungen sollen reale soziale Bezüge eingeübt werden. Gruppendruck einer therapeutischen Gemeinschaft, psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Arbeitstherapie, autogenes Training sind einige der Methoden, die bei der Zielgruppe der körperlich entzogenen Patienten eine Krankheitseinsicht, Neuorientierung und Persönlichkeitsaufbau, "Leben-ohne-Drogen" ermöglichen sollen.

- e) In spezialisierten Übergangseinrichtungen soll schließlich Kontakt-, Leistungs- und Belastungstraining mit Annäherung an "normale" Umweltbedingungen durchgeführt werden. Der Ex-User soll lernen, soziale Bezüge zu stabilisieren.

Dafür geeignet scheinen Wohngemeinschaften, geschützte Werkstätten u.ä., unter der Voraussetzung, daß qualifizierte Mitarbeiter wie Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Arbeitstherapeuten zur Verfügung stehen. Nach maximal drei Jahren soll die Wiedereingliederung abgeschlossen sein.

Bei diesem Therapiekonzept wird sehr deutlich, daß die internistische Behandlung der körperlichen Abhängigkeit mit durchschnittlich 14tägigem Aufenthalt, zeit- und kostenmäßig nur eine kurze Etappe auf dem Behandlungsweg darstellt.

Es gibt eine Vielzahl weiterer therapeutischer Angebote, die entweder als Teil der "therapeutischen Kette" gesehen werden können, oder die wegen ihrer eigenständigen Konzeption gesondert betrachtet werden müssen (ROTH, SCHULZ).

Da das Krankheitsbild der Drogenabhängigkeit in der BRD erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit beobachtet wird und langjährige Nacherhebungen bis heute kaum durchgeführt sind, kann die Wirksamkeit der "therapeutischen Kette" nicht gültig beurteilt werden.

Dazu kommt, daß diese Modellvorstellung der Therapie bisher nur in der Minderzahl der behandelten Fälle realisiert werden konnte.

Auf zwei neuere Arbeiten kann hier dennoch verwiesen werden:

KIELHOLZ, HAUSEN, LADEWIG u.a. konnten bei 101 ehemaligen Patienten, die sich einer 1969/70 durchgeführten, relativ kurzen (6 - 8 Wochen) Behandlung ihrer psychischen Abhängigkeit unterzogen hatten, katamnestische Erhebungen durchführen.

Die durchschnittliche Katamnesedauer betrug 5 Jahre, das therapeutische Konzept der auf offenen Stationen durchgeführten Behandlung umfaßte eine Kombination von Pharmako-, Milieu- und Gruppentherapie.

- 27% der ehemaligen Patienten nahmen periodisch wieder Drogen oder Medikamente,
- 32% waren zwischenzeitlich wieder behandlungsbedürftig,
- 5% wiesen einen fortschreitenden Verlauf in Richtung Invalidität auf.
- 36% waren abstinent geblieben und

63% der ehemaligen Patienten wiesen eine soziale Stabilisierung (Arbeitsbewährung, Normalisierung sexueller Probleme, Unterhalten von Freundschaften) auf.

DITTRICH, GNERLICH, HÜNNEKENS u.a. führten bei 74 zwischen 1970 und 1974 auf der Drogenstation des Westfälischen Instituts für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Hamm behandelten Drogenabhängigen Nachuntersuchungen durch.

Die Dauer der Behandlung betrug 3 - 9 Monate, inhaltlich war sie vergleichbar mit den Maßnahmen der Phase der psychischen Entwöhnung im Konzept der "therapeutischen Kette".

Die Patienten waren nicht ausschließlich freiwillig in der Behandlung. Der Anteil derjenigen, die unmittelbar vor Behandlungsbeginn Morphin oder Heroin konsumierten betrug 64%. Bezüglich der Abhängigkeitstypen gehörten ca. 34% zum Morphin-Typ, weitere ca. 24% waren polytoxikoman.

Die durchschnittliche Katamnesedauer war 3 Jahre. Untersucht wurden die Kriterien Drogenfreiheit, berufliche Integration und soziale Integration.

16,5% der Untersuchten erfüllten keines der Kriterien,
33% waren beruflich und sozial integriert,
42% sozial integriert,
74% beruflich integriert,
23% waren drogenfrei,
29% waren 1 1/2 Jahre nach dem letzten Rückfall drogenfrei,
18% ca. genüigten allen Kriterien.

Abschließend sei hierzu eine Untersuchung einer Spezialklinik für Drogenabhängige von FRYKHOLM u.a. erwähnt, die bei 26% von 201 Patienten nach einer Katamnese-dauer von 2 Jahren Drogenfreiheit feststellten.

IX. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Leistungen der in § 225 RVO vorgesehenen Krankenkassen (Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) sowie der Ersatzkassen gemäß § 507 RVO sind in den §§ 179 ff der RVO festgelegt. Sie werden für Mitglieder der Kassen sowie unter bestimmten Voraussetzungen für unterhaltsberechtigte Angehörige von Mitgliedern als Familienhilfe erbracht.

Auf das Mitgliedschaftsrecht kann im Einzelnen hier nicht eingegangen werden, es sei nur noch einmal darauf hingewiesen, daß durch die, wenn auch verdienstabhängige Versicherungspflicht durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung einerseits, wie durch die Öffnung der GKV für Studenten, Rentner, Praktikanten und weitere Personengruppen andererseits, schon 1975 88% der Bevölkerung Leistungsansprüche an die GKV hatten.

§ 179 nennt als Regelleistungen, d.h. zwingend durch das Gesetz vorgeschriebene Leistungen

1. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten
2. Krankenhilfe
3. Mutterschaftshilfe

4. Sonstige Hilfen
5. Sterbegeld
6. Familienhilfe

Für den Bereich der Drogenabhängigkeit werden Krankenhilfe und Familienhilfe sicher vorrangige Bedeutung unter den Leistungsansprüchen haben.

Die Krankenhilfe wird in § 182 RVO geregelt. Sie besteht danach aus Krankenpflege vom Beginn der Krankheit an. Sie umfaßt insbesondere

- a) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung
- b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln
: und Brillen
:
- c) Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Krankengeld, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht.

1. Krankenpflege

Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein. Sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Ärztliche Behandlung ist die auf Heilung oder Besserung oder Linderung gerichtete Tätigkeit eines Arztes oder seines Gehilfen.

Zu ihr gehören neben Diagnose und Therapie auch die Anordnung und Überwachung der Lebensweise. Der Arzt kann sich dabei der Hilfe anderer Personen bedienen (§ 122 Abs. 1 Satz 2 RVO).

Das BSG 29 S. 27 hat jedoch betont, daß anders als bei der Verordnung von Heilmitteln sich der Arzt wegen der mit jeder Krankenbehandlung verbundenen Risiken je nach Lage des Falles intensiv um persönliche Anleitung oder Beaufsichtigung der Hilfsperson kümmern muß.

Sind die genannten Voraussetzungen gegeben, dann wird nach (KRASNEY) auch die Tätigkeit eines nichtärztlichen Psychotherapeuten der ärztlichen Behandlung zuzurechnen sein (s. auch BRACKMANN, S. 385).

Im stationären Bereich der Behandlung der Drogenabhängigkeit dürften sich von daher keine Probleme ergeben. Bei den meisten Einrichtungen handelt es sich um nach § 368 a RVO an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte ärztlich geleitete Einrichtungen.

Schwieriger wird es, wenn etwa im Rahmen der ambulanten, evtl. post- oder prästationären psychotherapeutischen Behandlung, diese nicht durch Ärzte ausgeführt werden kann.

So bezweifelt KRASNEY ob nichtärztliche Therapeuten, meist Diplom-Psychologen, wegen ihrer intensiven Ausbildung und der daraus folgenden selbständigen, eigenverantwortlichen Tätigkeit noch als Hilfspersonen betrachtet werden können. Eine Leistungspflicht der GKV wäre damit nicht mehr gegeben.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 18.5.76 - 3KR 53/74 - dann auch entschieden, daß von Nichtärzten erbrachte Leistungen, die praktisch ausschließlich im Einsatz geistiger Fähigkeiten bestehen, als eigen verantwort-

liche Leistungen des Nichtarztes nicht auf dem Wege des § 122, Abs. 1 Satz 2 RVO verordnet werden können. Das BSG sieht dennoch eine Leistungspflicht der Kassen als gegeben an, wenn ein Kassenarzt diese Leistungen als Heilmittel im Sinne des § 182, 1b RVO verordnet.

Dazu wird ausgeführt:

"Eine notwendige Heilmaßnahme, die von einer dafür ausgebildeten nichtärztlichen Fachkraft erbracht werden muß, kann aber nicht deshalb versagt werden, weil diese Heilmaßnahme keinen wesentlichen auf sächliche Mittel bezogenen Gehalt hat. Wenn solche Heilmaßnahmen nicht als Heilmittel gekennzeichnet werden können, so müssen sie jedenfalls wie Heilmittel beurteilt werden."

Eine Regelung zwischen dem Bundesverband der Ortskrankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen hat dieser Rechtsauffassung Rechnung getragen. Psychotherapeutische Behandlung, auch im Fall der Drogenabhängigkeit, kann vom Kassenarzt als Heilmittel verordnet werden (s. auch Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 27.1.76).

Da im Bereich der psychotherapeutischen, kassenärztlichen Behandlung Versorgungslücken stehen, werden Überlegungen anzustellen sein, ob nichtärztliche Fachkräfte zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten auch im Bereich der Suchtkrankenpflege an der kassenärztlichen Versorgung unmittelbar beteiligt werden können.

Die Bestimmung des § 182, Abs. 1 RVO, nach der Krankenpflege insbesondere ärztliche Behandlung umfaßt, (seit 1.10.74 hat diese Fassung Gültigkeit) würde den Weg dazu öffnen.

In der amtlichen Gesetzesbegründung heißt es:

"Durch die Einfügung des Wortes - insbesondere - soll deutlich werden, daß die als Krankenpflege zu gewährenden Leistungen nicht abschließend aufgezählt sind und auch andere auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Leistungen zur Erkennung, Behandlung oder Heilung einer Krankheit zur Krankenpflege gehören können."

In einer Stellungnahme gegenüber dem Bundesverfassungsgericht argumentiert der Bundesverband der Ortskrankenkassen (19.1.77):

"Die Erstreckung der Krankenpflege auf andere Leistungen bedeutet zwangsläufig auch eine Erweiterung des Personenkreises der Leistungserbringer. Jeder, der eine zur Heilbehandlung geeignete Leistung erbringen kann, kann diese Leistung der Krankenpflege offerieren, wenn sie auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Die Öffnung des Leistungskataloges verschafft daher auch anderen Behandlerkreisen den Zugang zur Versorgung der Versicherten mit Heilbehandlung.

Die neugefaßte Vorschrift des § 182, Abs. 1 Nr.1 RVO könnte es den Krankenkassen zur Pflicht machen, mit nichtärztlichen Psychotherapeuten oder deren Verbänden Verträge über die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen an die Versicherten zu schließen."

Hier sei noch einmal erwähnt, daß sich die im vorhergehenden besprochenen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, die prä- oder poststationär sowie für einen Teil der weniger schwer erkrankten Drogenabhängigen und Gefährdeten als alleinige Behandlung erfolgen

würden, durch eine solche zahlenmäßige Verbesserung des therapeutischen Angebotes für einen größeren Kreis sozialversicherter Drogenabhängiger erweitern würde.

Krankenpflege wird vom Beginn der Krankheit an gemäß § 183, Abs. 1, Satz 1 ohne zeitliche Begrenzung gewährt. Scheidet ein Mitglied während des Bezuges von Krankenpflege aus der Versicherung aus (z.B. wegen Aufgabe oder Verlust der versicherungspflichtigen Beschäftigung, was bei Drogenabhängigen häufig vorkommt), so endet die Krankenpflege spätestens 26 Wochen nach dem Ausscheiden.

Bei der Betreuung Drogenabhängiger hat jedoch die vom BSG z.B. 25 S.37,40 und Schrifttum (BRACKMANN, S. 384) vertretene Auffassung Bedeutung, daß Krankenpflege bis spätestens 26 Wochen nach dem Ausscheiden auch dann zu leisten ist, wenn das Mitglied zur Zeit des Ausscheidens zwar keine Krankenpflege erhalten hat, sie aber wegen Vorliegens einer behandlungsbedürftigen Krankheit hätte beanspruchen können.

KRASNEY betont, daß danach ein Drogenabhängiger, der wegen seiner Erkrankung seine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgegeben hat und eine nicht versicherungspflichtige Tätigkeit aufnimmt (z.B. Aushilfsarbeiten in geringem Umfang), auch dann wegen seiner bisherigen Versicherung bis zu 26 Wochen nach seinem Ausscheiden Anspruch auf Krankenpflege hat, wenn er den Arzt erst danach erstmals aufsucht, seine Drogenabhängigkeit aber schon vor dem Ausscheiden behandlungsbedürftig war.

Auch für Versicherte, die wegen Erwerbslosigkeit aus der KV ausscheiden, sieht die RVO - hier § 214, Abs. 1 Satz 1 - vor, daß sie den Anspruch auf die Regelleistungen der Kassen beibehalten.

Und zwar unter der Bedingung einer gewissen Vorversicherungszeit für solche Versicherungsfälle, die während der Erwerbslosigkeit und innerhalb von 3 Wochen nach dem Ausscheiden eintreten.

Dabei gilt (BRACKMANN, S. 428 c) Erwerbslosigkeit als Fehlen einer Beschäftigung gegen Entgelt, wobei es nicht auf den Grund des Fehlens einer Beschäftigung ankommt.

Für die Drogenabhängigkeit hat dies insofern Bedeutung, als daß damit für einen Erkrankten, der freiwillig aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, um sich einer mehrmonatigen Behandlung seiner Abhängigkeit zu unterziehen, Erwerbslosigkeit im vorgenannten Sinne gegeben ist.

Dies würde auch für einen Drogenabhängigen gelten, der wegen der Folgen seiner Erkrankung fristlos gekündigt wird und noch keine neue Beschäftigung gegen Entgelt aufgenommen hat.

2. Krankenhauspflege

Wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die behandlungsbedürftige Krankheit zu erkennen oder zu behandeln oder zu lindern, so wird nach § 184, Abs. 1 Satz 1 RVO in der seit dem 1.1.74 geltenden Fassung Krankenhauspflege zeitlich unbegrenzt gewährt.

Ebenso wie bei der Krankenpflege handelt es sich bei der Krankenhauspflege um eine Sachleistung, die seit Januar 1974 nicht mehr in das Ermessen der Krankenkassen gestellt ist.

Die bei der Krankenpflege bezüglich der Gewährung von Leistungen nach Ausscheiden des Versicherten bzw. für den Fall der Erwerbslosigkeit gemachten Ausführungen gelten entsprechend.

Auch für Drogenabhängige ist nur die medizinische Indikation für die Leistungsgewährung von Krankenhauspflege durch die Krankenkassen entscheidend. Nur wenn - und dies wird bei Drogenabhängigen nur in der Minderzahl der Fälle sein - nach ärztlicher Beurteilung ambulante Behandlung allein als ausreichend betrachtet wird, ist die Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege nicht verpflichtet.

Ist also zur Behandlung der Drogenabhängigkeit eine Krankenhausbehandlung erforderlich, so muß die KK diese auch in der notwendigen Dauer gewähren.

Die von den Krankenkassen vertretene Meinung, es seien generell nur 6 - 8 Wochen Krankenhausbehandlung zu gewähren, widerspricht insoweit den Bestimmungen des § 144 Abs. 1 RVO.

Sie gründete auf der Meinung, nicht die Sucht bzw. die Drogenabhängigkeit als solche, sondern ihre Folgeerscheinungen, insbesondere die Organschäden seien Gegenstand der Krankenhausbehandlung.

Daß diese gerade bei der Drogenabhängigkeit verhältnismäßig schnell behoben sind, wurde bereits ausgeführt. Daß die vorgestellte Argumentation aufgrund der Rechtsprechung des BSG und des LSG NRW als überholt gelten muß, ergibt sich ebenfalls aus den vorhergehenden Abschnitten.

Da die Abhängigkeit an sich als Krankheit im Sinne der RVO zu sehen ist, muß die in der Regel notwendige Krankenhauspflege auch in der erforderlichen Dauer gewährt werden.

Bei der Krankenhauspflege fallen die Transport- oder Reisekosten als notwendige Vor- und Nebenleistungen der Krankenhauskosten mehr ins Gewicht als bei der Krankenpflege. Ihre Übernahme (sie schließt die Aufwendungen für Fahrt, Verpflegung und Übernachtungen sowie den erforderlichen Gepäcktransport ein) wird in § 194 Abs. 1 RVO zugesagt.

Dies gilt auch für eine erforderliche Begleitperson, die bei Drogenabhängigen sehr oft deshalb erforderlich ist, damit der Patient auf der Fahrt keine Suchtmittel zu sich nimmt bzw. das Krankenhaus überhaupt erreicht.

Ebenfalls im Rahmen des § 194 Abs. 2 und 3 können bei mehr als 8wöchiger Trennung von der Familie die Kosten einer Familienheimfahrt im Monat übernommen werden.

Für Drogenabhängige ist besonders Abs. 3 von Bedeutung, der die Übernahme von Fahrtkosten eines Angehörigen zum Aufenthaltsort des Versicherten regelt, da ihnen in der Regel während der ersten Monate seitens der Behandlungsstätten keine Heimfahrten gestattet werden.

Wie schon der Begriff der Krankheit ist auch der Begriff des Krankenhauses in der RVO nicht definiert. Es ist daher unter anderem streitig, ob die im Konzept der "therapeutischen Kette" genannten Institutionen, die die mehrmonatige Behandlung der psychischen Abhängigkeit durchführen, überhaupt als Krankenhäuser

im Sinne des § 184 RVO zu betrachten sind, und ob von daher für die Krankenkassen überhaupt eine Leistungspflicht besteht.

Bei Landeskrankenhäusern und generell bei Behandlungsstationen, die Teil eines Krankenhauses sind, wird dies im allgemeinen nicht in Frage gestellt.

Anders ist es jedoch bei den früheren Heilanstalten für Suchtkranke, die nunmehr überwiegend Fachkrankenhäuser für Suchtkranke genannt werden und bei spezialisierten Einrichtungen anderer Art wie z.B. den Day Top Drogenhäusern.

Auf die Bezeichnung kommt es dabei nicht an (BSG SozR RVO, § 184 Nr. 19). Ebenso ist es nicht entscheidend (BRACKMANN, S. 348 I), ob akute oder chronische Krankheiten behandelt werden.

Wesentliches Merkmal der Krankenhausbehandlung bildet die ärztliche und pflegerische Leistung.

So sind denn auch nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausgesetzes Krankenhäuser u.a. dadurch definiert, daß in ihnen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen und in ihnen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Eine "ständige" ärztliche und pflegerische Hilfeleistung wird nicht verlangt.

Vom Umfang der ärztlichen Behandlung hängt also die Frage der Anerkennung wesentlich ab. Nach JOST/GRUBE wird die ärztliche Leistung daran gemessen werden müssen, ob alle für die Behandlung Suchtkrankter notwendigen ärztlichen Maßnahmen gewährleistet sind.

Das BSG urteilte am 24.11.67 (SozR RVO § 184, Nr. 19) eine Lungenheilstätte sei dann ein Krankenhaus, wenn dort Personen, die an einer akuten Erkrankung leiden, eine im Vordergrund stehende, intensive ärztliche Behandlung und anstaltsmäßige Pflege zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit erfüllen.

Später (BSG 28, 199 und SozR RVO § 184, Nr. 21) hat das BSG wiederholt auf die "im Vordergrund stehende ärztliche Behandlung" bei seinen Urteilen abgezielt.

KRASNEY sieht diese Bedingung für das ärztlich geleitete Fachkrankenhaus als erfüllt an. Der Auffassung, die ärztliche Behandlung sei dort nur ein geringer Teil der Therapie tritt er entgegen.

So verweist er auf die Rechtsprechung des BSG vom 18.10.68, nach der die Zweckbestimmung einer Heilanstalt vorwiegend chronisch Erkrankte zu behandeln, ihre Natur als Krankenhaus im Sinne des § 184 RVO ebenso wenig verändere, wie das mehr oder minder große Maß, in dem dort "natürliche" Heilmittel und -methoden neben der Chemotherapie oder Chirurgie bei der Behandlung der Krankenhauspatienten verwendet würden.

In seinem Urteil vom 17.12.69 hat das BSG eine von einem Landschaftsverband eingerichtete Trinkerheilanstalt als Krankenhaus im Sinne des § 184 anerkannt.

Wie schon bei den Ausführungen zu § 122 RVO erwähnt, gehört zur ärztlichen Behandlung keineswegs ausschließlich die Anwendung von Arznei- und Heilmittel. Ebenso wie eine Arbeitstherapie unter ärztlicher Aufsicht, können auch die ärztliche Überwachung der

Lebensweise sowie Anordnungen des Arztes hierzu als ärztliche Behandlung angesehen werden.

Im Fachkrankenhaus für Suchtkranke treten u.a. Gruppenarbeit und Arbeitstherapie an die Stelle von Bettruhe und Aufenthalt im Krankenzimmer und stehen deshalb der Annahme einer ärztlichen Behandlung nicht entgegen.

Heilmittel, besondere Lebensweise, Arbeitstherapie und weitere therapeutische Verfahren müssen jedoch vom Arzt angeordnet und überwacht werden. Das Ausmaß der ärztlichen Betreuung muß sich nach der Art und dem jeweiligen Zustand der Krankheit richten.

So wird sie in der Phase der physischen Entwöhnung und der Anfangsphase der Behandlung der psychischen Abhängigkeit intensiver sein als in der darauffolgenden Stabilisierungsphase des Patienten.

Letztlich spielt auch die Frage, ob die ärztliche Behandlung von bei der Einrichtung angestellten Ärzten oder von Vertragsärzten geleistet wird nur eine untergeordnete Rolle. Allein entscheidend ist die Frage, ob der Arzt tatsächlich die erforderliche Behandlung aller Patienten durchführen kann.

Auch die erforderliche medizinisch-technische Einrichtung des Krankenhauses orientiert sich an der medizinischen Zweckbestimmung, d.h. an der Art der dort zu behandelnden Krankheiten.

Wenn also die genannten, durch die Rechtsprechung gesetzten Kriterien erfüllt sind, müssen Fachkrankenhäuser für Suchtkranke und vergleichbare Einrichtungen als Krankenhäuser im Sinne des § 184 RVO betrachtet werden. Die in ihnen erbrachte Pflege ist Krankenhauspflege im Sinne des § 184 und damit eine Regelleistung der Krankenkassen.

Wenn eine Einrichtung, die z.B. dem Zwecke der Behandlung psychischer Abhängigkeit bei Drogensüchtigen dient, nicht unter den o.g. Bedingungen als Krankenhaus anzuerkennen ist, so ist dennoch unter Umständen eine Leistungspflicht der Krankenkassen gegeben.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 28.8.70 (BSG 31, S. 279) entschieden, daß die stationäre Behandlung seelischer Erkrankungen - in entsprechender Anwendung des § 184 RVO - auch in anderen Einrichtungen als Krankenhäusern durchgeführt werden kann, wenn diese nach den gesicherten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft dafür geeignet sind.

Eine entsprechende Anwendung auf ein psychotherapeutisch geführtes, mit nachweislichem Erfolg arbeitendes Heim für Drogenabhängige, kann eine Leistungspflicht der KK begründen.

3. Unterkunft in Kur- oder Spezialeinrichtungen

Mit Wirkung vom 1.10.74 ist durch das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 in die RVO der § 184a eingeführt worden.

Danach können die Krankenversicherungsträger die Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezialeinrichtungen gewähren, wenn diese Behandlung erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten und wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme der in den jeweiligen Gesetzen beschriebenen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit solche Leistungen nicht gewährt werden können.

Die Zuständigkeit der Krankenkassen als Rehabilitationssträger wurde damit erweitert.

Allerdings ist die Behandlung nach § 184a eine Ermessensleistung, die nur gewährt werden kann, wenn keine anderen Rehabilitationsmaßnahmen, z.B. seitens der Rentenversicherungsträger in Frage kommen.

Für die Behandlung der Drogenabhängigkeit ist von Bedeutung, daß sich die von einzelnen Therapieketten getragenen Wohngemeinschaften zur Wiedereingliederung Drogenabhängiger (Phase e) der dargestellten Behandlungskette) nach ihrer Anerkennung durch überörtliche Sozialhilfeträger als Einrichtungen zur Wiedereingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz, nunmehr auch um die Anerkennung als Kur- oder Spezialeinrichtung nach § 184a RVO bemühen (BSCHOR).

Wenn diese Anerkennung von den Kassen ausgesprochen wird, so ist für den nur in der Krankenversicherung versicherten Drogenabhängigen Leistungsgewährung durch die Krankenkasse vom ersten ambulanten Kontakt bis zur umfassenden Hilfe zur Wiedereingliederung möglich.

Allerdings sehen die Krankenkassen z.T. bereits die o.g. Fachkrankenhäuser für Suchtkranke - Behandlung des psychischen Entzugs - als Spezialeinrichtungen im Sinne des § 184a RVO an.

Nach § 1236 ff RVO komme aber - so die Meinung dieser KK - der Rentenversicherungsträger für diese Behandlung auf. Bei Drogenabhängigen, die auch in der Rentenversicherung versichert seien, komme von daher für die Behandlung im Fachkrankenhaus, das eine Einrichtung im Sinne des § 184a sei, immer nur der Rentenversicherungsträger in Betracht.

Gegen diese Auffassung ist folgendes vorzubringen:

Der Absicht des Gesetzgebers, die Zuständigkeit des Krankenversicherungsträgers durch die Einfügung des § 184a auf Leistungen zur Rehabilitation zu erweitern, wird damit nicht entsprochen, daß man mit Hilfe des § 184a die bisherigen Funktionen der Kranken- und Rentenversicherung verändert.

Unabhängig von der Frage, ob das Fachkrankenhaus für Suchtkranke eine Spezialeinrichtung im Sinne des § 184a RVO ist, muß die Krankenkasse bei Vorliegen einer Krankheit, die Krankenhausbehandlung erforderlich macht, diese Krankenhausbehandlung als Pflichtleistung im Sinne des § 184 RVO gewähren. Daran ändert sich nichts, wenn die Krankenhausbehandlung in einem Fachkrankenhaus durchzuführen ist.

Die Pflichtleistung der Krankenkasse, auf die der Versicherte weiterhin einen Rechtsanspruch hat, wird nicht zu einer Ermessensleistung, wie sie für § 184a RVO vorgesehen ist. § 184a kann also insoweit auf Krankenhausbehandlung für Drogenabhängige keine Anwendung finden. Bei in der KV versicherten Drogenabhängigen verbleibt die Zuständigkeit für die Behandlung im Fachkrankenhaus bei den Krankenkassen.

- Zur Frage, inwieweit Leistungen der RV bzw. der KV voneinander abgrenzbar sind und welche Folgen dies für die Leistungsgewährung an Drogenabhängige hat, wird bei der Besprechung der Leistungen der Rentenversicherungsträger noch einmal Stellung genommen - .

Es konnte bisher gezeigt werden, daß bei der als Krankheit im Sinne der RVO aufgefaßten Drogenabhängigkeit die therapeutischen Maßnahmen zu ihrer Behandlung von

der ambulanten ärztlichen Erstberatung über die ambulante Psychotherapie bis zur stationären physischen und daran anschließenden psychischen Entwöhnung, wenn nur die behandelnden Einrichtungen den Anforderungen genügen, unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fallen.

Die zeitweilig geäußerte Ansicht (MÄHLER), eine Leistungspflicht der Kassen sei wegen der noch nicht geklärten Frage der Heilungsmöglichkeit und der klinisch erprobten, wissenschaftlich anerkannten Heilmethoden noch sehr umstritten, kann hier nicht geteilt werden.

Voraussetzung für die Kassenleistung ist, wie schon erwähnt, nicht etwa nur die Aussicht, die Krankheit mit Erfolg zu beheben, sondern leistungspflichtige Behandlungsbedürftigkeit liegt (BRACKMANN, S. 383) auch dann vor, wenn der regelwidrige Zustand durch ärztliche Hilfe mindestens gebessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden kann oder wenn ärztliche Behandlung erforderlich ist, um Schmerzen oder sonstige Beschwerden zu lindern (siehe auch BSG 28, S. 115 und 31, S. 281/282).

Beide von mir zitierten Untersuchungen zur Therapie der Drogenabhängigkeit weisen für diese Krankheit bei entsprechender Behandlung eine absolute Heilung in 18% bzw. in 36% der Fälle auf, soziale Stabilisierung und Integration bei jeweils mehr als der Hälfte der Fälle.

Daß damit eine Verbesserung bzw. Linderung der Beschwerden erzielt werden konnte, steht außer Zweifel. Es dürfte wenig Mühe bereiten, organische Krankheiten zu finden, deren Prognosen hinsichtlich der Heilung und des Lebens der Patienten ungünstiger sind, bei

denen aber ärztliche Behandlung, die auf Verbesserung, wenn auch nur zeitweiser, bzw. Linderung hinzielt, unbestritten gewährt wird.

Daß bei solchen Patienten, die trotz mehrerer geeigneter Behandlungen ihrer Drogenabhängigkeit erneut abhängig machende Drogen einnehmen, eine andere Situation vorliegen kann, sei hier allerdings ebenfalls erwähnt. Darauf soll bei der Besprechung der Leistungen der Rentenversicherung für Drogenabhängige noch eingegangen werden.

4. Krankengeld

Bei den bisher besprochenen Leistungen handelt es sich um Restitutionsleistungen zum Ausgleich immaterieller Schäden. Sie bestehen aus Naturalleistungen, die der Behandlung der Drogenabhängigkeit dienen.

Als Folge der Drogenabhängigkeit können finanzielle Nachteile entstehen. Ihrem Ausgleich dienen Kompensationsleistungen, hier insbesondere das Krankengeld.

Krankengeld wird gewährt, wenn der Versicherte durch Krankheit arbeitsunfähig ist. Es dient also dazu, durch Krankheit ausgefallenen Arbeitslohn zu ersetzen. Von daher ist verständlich, daß es im Rahmen der Familienhilfe ebenso nicht gewährt wird, wie an in der KV versicherte Studenten, Praktikanten oder Rentner.

Die Bestimmungen über die Gewährung von Krankengeld sind im § 182, Abs. 1, Nr. 2 enthalten. Bezüglich der Gewährung materieller Hilfen für Arbeitnehmer kommt

neben dem Krankengeld noch der zeitlich begrenzten Fortzahlung des Arbeitsentgeltes durch den Arbeitgeber Bedeutung zu.

Rechtsgrundlagen bilden für Arbeiter das Lohnfortzahlungsgesetz und für Angestellte und Handlungsgehilfen die § 616 BGB bzw. § 63 HGB. Gemäß § 189, S. 1 RVO ruht der Anspruch auf Krankengeld, wenn und soweit der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhält.

Wie bereits erwähnt ist die Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld, daß der Versicherte wegen Krankheit arbeitsunfähig ist.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Erkrankte nicht oder nur mit dem Risiko, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Wenn die Fortsetzung der Erwerbstätigkeit eine Verschlimmerung der Krankheit hervorrufen kann, so liegt dann Arbeitsunfähigkeit vor, wenn die Verschlimmerung in absehbarer Zeit eintreten kann (BRACKMANN, S. 390 ff; PETERS § 182, Anm. 10a).

Für die Drogenabhängigkeit wird von TÄSCHNER und WANKE in vielen Fällen, bei fortgeschrittenen Verläufen fast immer, Arbeitsunfähigkeit unterstellt. Während der erforderlichen Behandlung eines Drogenabhängigen in stationären Einrichtungen besteht Arbeitsunfähigkeit auch dann, wenn unmittelbar vor der stationären Aufnahme keine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. § 186 RVO stellt fest, daß bei Gewährung von Krankenhauspflege und bei Behandlung in Kur- und Spezialrichtungen vom Beginn an Krankengeld zu zahlen ist.

Das Krankengeld beträgt 80% des wegen der Arbeitsunfähigkeit entgangenen regelmäßigen Entgelts. Es wird in der Krankenversicherung von dem Tage an gezahlt, der dem Tage der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt (§ 182, Abs. 3 RVO).

Für den Drogenabhängigen bzw. die mit seiner Betreuung befaßten Personen hat diese Bestimmung insofern Bedeutung, als daß der Gang zum Arzt möglichst frühzeitig erfolgen sollte, damit materielle Nachteile für den Kranken bzw. seine Familie verhindert werden können.

Das Krankengeld wird gemäß § 183, Abs. 2 RVO ohne zeitliche Begrenzung gewährt, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch nur für 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei der Wiedererkrankung muß die Krankheit nach Erscheinungsbild und Ursache identisch mit der Ersterkrankung sein.

BRACKMANN (S. 396a) betont, daß nicht dieselbe Krankheit vorliegt, wenn zwar die Ursache, nicht aber das Erscheinungsbild ein anderes ist.

Für die Drogenabhängigkeit ergeben sich daraus folgende Analogien:

Es handelt sich nicht um dieselbe Erkrankung im Sinne des § 183, Abs. 2, S. 1 RVO wenn ein Drogenabhängiger zunächst wegen einer Hepatitis behandelt wird und er sich später einer stationären Behandlung der physischen bzw. psychischen Abhängigkeit selbst unterzieht. Dagegen ist ein Rückfall, der einen erneuten Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der Abhängigkeit not-

wendig macht als dieselbe Erkrankung im Sinne des § 183, Abs. 2, S. 1 RVO anzusehen.

Während die Krankenkassen ärztliche Behandlung bei schuldhaft oder sogar vorsätzlich zugezogener Krankheit nicht verweigern können, trifft § 192, Abs. 1 RVO für die Gewährung von Krankengeld eine andere Regelung.

Danach kann die Satzung einer Krankenkasse Mitgliedern das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer einer Krankheit versagen, die sie sich vorsätzlich zugezogen haben. Diese Vorschrift gilt für alle Erkrankungen.

Nach BRACKMANN, SPIELMEYER, KRASNEY rechtfertigt nur Vorsatz, nicht aber leichte oder grobe Fahrlässigkeit die Versagung des Krankengeldes.

Nach bürgerlichem Recht und Strafrecht ist unter Vorsatz Wissen und Wollen der Handlung zu verstehen. Außer dem Willen zum Handeln gehört zum Vorsatz die Kenntnis von allen Tatumständen, die Vorstellung von der Tragweite des Handelns.

Parallel zur Auslegung im Strafrecht und bürgerlichem Recht liegt Vorsatz auch dann schon vor, wenn der Versicherte den Ausgang zwar nicht unmittelbar beabsichtigte, aber als möglich vergegenwärtigte und auf die Gefahr dieses Erfolges hin trotzdem handelte und damit diesen Erfolg für den Fall seines Eintritts hinnahm - *dolus eventualis* - (BSG 21 S. 163; BRACKMANN, S. 670; KRASNEY).

Für die Versagung des Krankengeldes nach § 192 Abs. 1 RVO bei Suchtkrankheiten wäre nach KRASNEY zu verlangen, daß der Suchtkranke bei der Einnahme des Sucht-

mittels vor dem Verlust der Selbstkontrolle sich der Gefahr zumindest als möglich vergegenwärtigte und das Suchtmittel trotzdem weiternahm. Der Suchtkranke müßte noch seiner Erkenntnis gemäß handeln können.

Dabei wären sowohl die besonderen Verhältnisse des Suchtkranken zu prüfen als auch die Frage, welche Bewertung das Suchtmittel in der Öffentlichkeit habe, ob es sich also wie beim Alkohol um ein weitverbreitetes und in seiner Wirkung immer wieder von Nicht-süchtigen Benutzern heruntergespieltes Suchtmittel oder aber um ein allgemein als gefährlich, da abhängig machendes Mittel wie Heroin handele.

Für die Praxis ist dieses Verfahren jedoch kaum geeignet. KRASNEY (1973) schlägt daher vor, durch Sachverständige für die verschiedenen Suchtmittel prüfen zu lassen, ob der Süchtige in dem der Sucht unmittelbar vorhergehenden Stadium des Gebrauchs des Suchtmittels in der Regel oder nur ausnahmsweise den Verlust der Selbstkontrolle sich als möglich vergegenwärtigt und trotzdem das Suchtmittel weiternimmt.

Wenn dies dem Wesen der Sucht nach die Ausnahme darstelle, müsse geklärt werden, unter welchen besonderen Umständen regelmäßig im Einzelfall Ermittlungen über ein mögliches vorsätzliches Handeln im Sinne des § 192, Abs. 1 RVO zu führen wären.

Dies würde eine sehr enge Anwendung des § 192, Abs. 1 RVO bedeuten, die insofern auch seinem Charakter als Ausnahmevorschrift - der Krankenversicherungsträger ist beweispflichtig - Rechnung tragen würde.

KRASNEY (1973) führt dann auch noch mit Recht an, daß bei breiter Anwendung des § 192, Abs. 1 RVO auf Suchtkranke unter Berücksichtigung des Gleichheitsgrundsatzes auch bei Gefäßkrankungen starker Raucher oder bei Herz- und Kreislauferkrankungen Übergewichtiger Personen eine entsprechende Überprüfung stattfinden müßte.

Daß dies einen kaum durchführbaren Verwaltungsaufwand erfordern würde, steht außer Frage.

PETERS weist ebenfalls auf den Charakter des § 192 als eng auszulegende Ausnahmenvorschrift in, die nur das Krankengeld versagen kann.

Neben der Krankenhauspflege habe es bis zum 31.12.70 noch das Hausgeld gegeben, das primär für die Angehörigen des erkrankten Kassenmitgliedes gedacht war und auch an diese unmittelbar ausgezahlt wurde. Dieses Hausgeld habe nicht versagt werden können, da nach dem Schutz und Fürsorgegedanken der KV das vorwerfbare Verhalten des Mitgliedes nicht zu Lasten der Angehörigen gehen dürfe.

Nachdem seit dem 1.1.1971 das Hausgeld weggefallen und bei Krankenhauspflege an dessen Stelle das Krankengeld getreten sei, könne § 192 insoweit nicht zur Anwendung kommen. Nach dem Willen des Gesetzgebers, die Situation des in Krankenhauspflege Befindlichen zu verbessern, könne das nicht zuletzt auch für den Lebensunterhalt von Angehörigen gedachte Krankengeld also nicht versagt werden.

Bei der langen stationären Behandlungsphase der Drogenabhängigkeit haben diese Überlegungen für den Drogenabhängigen, der unterhaltsberechtigte Familienangehörige hat, sicher große Bedeutung.

Es bleibt also festzuhalten, daß an Drogenabhängigkeit erkrankte Mitglieder der Krankenkassen bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der übrigen Bestimmungen der RVO Krankengeld beziehen können.

Im Einzelfall werden Krankenkassen unter Berufung auf § 192 Abs. 1 Krankengeld für einen Drogenabhängigen versagen können. Dabei müssen sie für den entschiedenen Einzelfall den Nachweis vorsätzlichen Handelns des Versicherten im o.g. Sinne führen.

X. Lohnfortzahlungen bei Drogenabhängigkeit

Die Fortzahlung von Lohn oder Gehalt im Krankheitsfall fällt zwar nicht in den Bereich des Sozialversicherungsrechts, sondern in den des Arbeitsrechts, doch sollen die entsprechenden Vorschriften wegen ihrer großen Bedeutung für den suchtkranken Arbeitnehmer hier vorgestellt werden.

Ein Anspruch auf Lohnfortzahlung nach dem Lohnfortzahlungsgesetz bzw. auf Gehaltsweiterzahlung nach BGB/HGB setzt Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit voraus.

Dabei bestimmt § 1, Abs. 1, Satz 1 des Lohnfortzahlungsgesetzes, daß der Arbeiter einen entsprechenden Anspruch nur dann hat, wenn er durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert ist, ohne daß ihn ein Verschulden trifft.

BRACKMANN, S. 388n; BAG Nr. 8 zu §1, LFZG; KRASNEY (1973) sehen als Verschulden im Sinne dieser Vorschrift ein besonders leichtfertiges oder mutwilliges oder

gegen die guten Sitten verstoßendes Verhalten des Arbeitnehmers an, dessen Folgen auf den Arbeitgeber abzuwälzen unbillig wäre.

BRILL zeigte 1972 auf, wie umstritten bei den Arbeitsgerichten bis dahin die Frage war, ob bei Suchtkranken ein Verschulden im o.g. Sinne anzunehmen ist.

Das Bundesarbeitsgericht hat in seinem Urteil vom 7.12.1972 - 5 AZR 350/72 - eine chronische Trunksucht als in aller Regel selbstverschuldet angesehen und den Anspruch auf Lohnfortzahlung eines Alkoholsüchtigen damit verneint.

Da die Urteilsbegründung ebenso wie das Urteil selbst aus juristischer und medizinischer Sicht heftig angegriffen wurde, sollen hier Auszüge aus der Urteilsbegründung im Wortlaut wiedergegeben werden.

So führt das BAG u.a. aus:

Jedenfalls ist in aller Regel eine chronische Trunksucht selbstverschuldet. Denn ohne daß der Betroffene zu irgendeinem Zeitpunkt über mehr oder minder lange Zeiträume hinweg Alkohol zu sich genommen hat, kann er nicht zur Trunksucht kommen.

Im Regelfall liegt ein gröblicher Verstoß gegen das von einem verständigen Menschen im eigenen Interesse gebotene Verhalten vor, wenn Übermäßiger Alkoholgenuß zur Trunksucht geführt hat.

Es mag sein, daß der Süchtige in der zweiten und dritten Stufe der Trunksucht seiner Einsicht und Verantwortungsfähigkeit nicht mehr

zu folgen vermag. Entscheidend ist indessen das Verhalten des Betroffenen zu Beginn des Alkoholmißbrauchs.

In diesem Stadium weiß nämlich heute der verständige Mensch, der verständige Arbeitnehmer, daß übermäßiger Alkoholkonsum zur Trunksucht führt oder doch zur Trunksucht führen kann. Handelt er dieser auch ihm zugänglichen Erfahrung zuwider, so nimmt er seine spätere Suchterkrankung und deren Folgen mindestens fährlässig und damit schuldhaft gegen sich selbst in Kauf.

Das BAG hat im entschiedenen Einzelfall also in der Urteilsbegründung seine Auffassung dargelegt, daß in der Regel jede chronische Trunksucht selbstverschuldet sei. Jegliche Bezugnahme auf sachverständige, medizinische Fachliteratur fehlt in der Urteilsbegründung.

Das medizinische Fachschrifttum - wie auch bereits dargestellt - sowie auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sehen die Auffassung des BAG als überholt an.

Denn gerade bei der Alkoholabhängigkeit geht wohl der vom BAG genannte "verständige Mensch" davon aus, das sein Alkoholgenuß ihn, wie so viele andere, nicht abhängig machen wird. Dagegen wird er Leber- und sonstige Organschäden noch am ehesten schuldhaft in Kauf nehmen und damit bedingt vorsätzlich handeln.

Diese organischen Schäden als Folge von häufig übermäßigem Alkoholgenuß führen aber in der arbeitsrecht-

lichen Praxis in der Regel nicht zur Versagung der Lohnfortzahlung. Sicher wird damit der Grundsatz der rechtlichen Gleichbehandlung aller Erkrankten verletzt.

KRASNEY sieht demgemäß die Frage des Verschuldens i.S. des § 1 des LFZG durch das BAG Urteil vom 7.12.72 nicht als beantwortet, sondern erst als gestellt an. Das BAG hat seine Rechtsprechung jedoch später (Urteil v. 22.3.1973, 3 AZR 567/72) bestätigt.

Für die Drogenabhängigkeit könnte die Auffassung des BAG unter Umständen dort Bedeutung haben, wo der postulierte "verständige Mensch" gegen alle Warnungen ein allgemein als gefährlich bekanntes Rauschmittel wie Heroin ausprobiert und dann ein süchtiges Verhalten entwickelt.

In der Praxis dürfte diese theoretische Überlegung nicht von Bedeutung sein, da sie die Realität der Drogenszene (Einstiegsdrogen, polyvalenter Mißbrauch, sozio-ökonomische Faktoren) nicht berücksichtigt.

Es muß dennoch festgehalten werden, daß die Rechtsprechung des BAG zur Trunksucht auch für den Fall der Drogenabhängigkeit ein Versagen der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall wegen verschuldeter Krankheit i.S. des § 1 LFZG ermöglicht.

XI. Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

1. Rechtsgrundlagen und Aufgaben

Die Reichsversicherungsordnung enthält die Vorschriften zur gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter, während die Rentenversicherung der Angestellten im Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) in Übereinstimmung mit der RVO geregelt ist und das Reichsknappschaftsgesetz hinsichtlich der Leistungsarten die entsprechenden Bestimmungen für die Rentenversicherung der Bergleute trifft.

Die Rentenversicherung, der 1973 bereits 26,4 Mio. Versicherte angehörten und aus deren Leistungen 1974 etwa 10,8 Mio. Personen entsprechend 80% - 90% aller Alten, Invaliden, Witwen und Waisen in der Bundesrepublik Deutschland überwiegend ihren Lebensunterhalt bestritten (SCHULIN), stellt eine Art Volksversicherung dar.

Neben den Pflichtversicherten, die als Arbeitnehmer gegen Entgelt tätig sind, gehören der RV seit der Öffnung durch das Rentenreformgesetz von 1972 und späteren Novellierungen auch freiwillig Versicherte, so vor allem Selbständige und Hausfrauen an.

Gemäß § 1226 RVO gehören zu den Aufgaben der Rentenversicherung u.a.:

- die Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten,
- die Gewährung von Renten an Versicherte wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit und von Altersruhegeld,

- die Gewährung von Renten an Hinterbliebene von Versicherten.

Entsprechend sieht § 1235 RVO zur Erfüllung dieser Aufgaben u.a. folgende Regelleistungen vor:

Medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.
Renten.

2. Leistungen zur Rehabilitation

Leistungen zur Rehabilitation sind dabei als "Kann"-Leistungen in das Ermessen der Rentenversicherungsträgers gestellt.

Sie können gewährt werden, wenn der Versicherte bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt, und wenn seine Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert ist.

Die Erwerbsfähigkeit soll dabei voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden (§ 1236 RVO).

Als versicherungsrechtliche Voraussetzung sind in § 1236 RVO bestimmte Versicherungszeiten festgelegt. Danach gilt als Versicherter

- a) für wen im Zeitpunkt der Antragstellung in den vorangegangenen 24 Kalendermonaten mindestens 6 Pflichtbeiträge entrichtet worden sind oder
- b) wer im Zeitpunkt der Antragstellung eine Versicherungszeit von 60 Monaten zurückgelegt hat oder

c) wer im Zeitpunkt der Antragstellung versicherungs-
pflichtig beschäftigt oder tätig ist und diese Be-
schäftigung oder Tätigkeit innerhalb von zwei Jah-
ren nach Beendigung seiner Schul- oder Berufsaus-
bildung aufgenommen hat.

Diese Voraussetzungen werden von einem großen Teil der
an Drogenabhängigkeit Erkrankten erfüllt.

Bei der Verlagerung der Szene auf immer jüngere User
steigt aber der Anteil derer, die diese Voraussetzung
nicht erfüllen. Schüler und Studenten sind von daher
in der Regel in der gesetzlichen Rentenversicherung
nicht anspruchsberechtigt.

Für die Betreuung der in Berufsausbildung befindlichen
oder auch als Arbeitnehmer tätigen Drogenabhängigen
ist auch deshalb eine möglichst frühzeitige Einleitung
von Therapiemaßnahmen und deren Beantragung notwendig,
damit nicht durch Aufgabe der versicherungspflichtigen
Beschäftigung eine unter Punkt c) genannte Anspruchs-
möglichkeit verlorenggeht.

Als medizinische Voraussetzung nennt § 1236 RVO das
Vorliegen einer Krankheit oder anderer Gebrechen oder
Schwäche der körperlichen und geistigen Kräfte.

Wie in der Krankenversicherung ist auch in der Renten-
versicherung als Krankheit ein regelwidriger Körper-
oder Geisteszustand anzusehen.

Unabhängig vom Suchtmittel fällt auch die Suchtkrank-
heit unter den Krankheitsbegriff, wenn nur als ihr
wesentliches Kriterium der Verlust der Selbstkontrolle
festgestellt werden kann.

Drogenabhängigkeit als Krankheit rechtfertigt also die Gewährung von Rehabilitationsleistungen, ohne daß eine Abgrenzung des Begriffs der Drogenabhängigkeit zu dem des Gebrechens oder der Schwäche notwendig ist, denn alle Begriffe sind in § 1236 gleichberechtigt nebeneinander genannt.

Bei der Abgrenzung der Leistungen von Renten- und Krankenversicherungsträgern bei Drogenabhängigen soll dennoch näher auf diese Fragestellung eingegangen werden.

Die Erwerbsfähigkeit des Versicherten muß durch die Krankheit oder das Gebrechen oder die Schwäche bereits gemindert, mindestens aber gefährdet sein. Davon ist bei der Drogenabhängigkeit in aller Regel auszugehen (TÄSCHNER, WANKE, KRASNEY).

Im Gegensatz zur KV spielt aber für die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen die Prognose hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit eine große Rolle.

Nur dort, wo eine Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich möglich ist, können nach § 1236 RVO Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden.

Auch dann, wenn eine Linderung des Leidens, an dem der Versicherte erkrankt ist, nicht ausgeschlossen ist, die Forderung bezüglich der Erwerbsfähigkeit aber voraussichtlich nicht erfüllt werden kann, scheiden Rehabilitationsmaßnahmen nach § 1236 aus.

Bei der Drogenabhängigkeit ist die Prognose bezüglich der Erwerbsfähigkeit sicher nicht einfach. Die Heilungsquoten sind absolut gesehen niedrig, allerdings verlangt

§ 1236 auch nicht unbedingt eine Heilung, sondern begnügt sich mit einer Besserung.

Nach KRASNEY (1975) wird eine Besserung im Sinne des § 1236 RVO dann anzunehmen sein, wenn der Drogenabhängige durch die Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich eine nicht unerhebliche Zeit vom Suchtmittel frei sein wird.

TÄSCHNER und WANKE betonen, daß im Regelfall bei Vorhandensein entsprechender therapeutischer Einrichtungen eine Behandlung den Drogenabhängigen von der Abhängigkeit befreien und die freie Selbstverfügbarkeit seiner Person wieder herstellen könne.

In den bereits erwähnten Arbeiten von KIELHOLZ et al. sowie von DITTRICH et al. ist der Anteil der Personen, die nach qualifizierter Behandlung ihrer Drogenabhängigkeit beruflich reintegriert werden konnten, deren Erwerbsfähigkeit im vorgenannten Sinn also gebessert war, mit 63% bzw. 70% besonders hoch.

Die Rentenversicherungsträger machen von ihrem Ermessensspielraum demgemäß nur im Einzelfall Gebrauch und lehnen Maßnahmen bei Drogenabhängigen nicht grundsätzlich ab.

Wesentlich ist immer, ob der einzelne Drogenabhängige nach Gesamtzustand, Alter und Motivation sich vom Suchtmittel zu lösen, eine günstige Prognose erwarten läßt (JOST).

Auch die Möglichkeit eines Rückfalls schließt die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen nicht grundsätzlich aus. Sie wird bei der Drogenabhängigkeit als wesentliches Krankheitsmerkmal immer mit zu berücksichtigen sein (KRASNEY, LSG NRW v. 15.11.73).

Auch bei anderen Erkrankungen organischer Natur werden Rehabilitationsmaßnahmen nicht grundsätzlich wegen möglicher Rezidive versagt.

Die Möglichkeit, daß bei Drogenabhängigen der Zeitpunkt eintreten kann, in dem die Erkrankung voraussichtlich nicht mehr gebessert bzw. die Erwerbsfähigkeit nicht mehr gebessert oder wiederhergestellt werden kann, ist ebenfalls gegeben. Entsprechend können die Rentenversicherer in diesen Fällen Rehabilitationsmaßnahmen versagen.

MÖLLHOFF sieht dies in fortgeschrittenen Fällen von Drogenabhängigkeit, bei denen die Erkrankten Leberschäden, psychische Leistungseinbußen und Persönlichkeitsveränderungen aufweisen, als gegeben an und attestierte "Berufsunfähigkeit" im Sinne des noch zu erläuternden § 1246 RVO.

Bei besonders schweren "drop-out"-Fällen, Patienten in dauerklinischer Internierung oder bei schweren Defektzuständen sieht er das Kriterium des § 1247 "Erwerbsunfähigkeit" als gegeben.

TÄSCHNER und WANKE betonen den Krankheitscharakter der Drogenabhängigkeit, die als regelwidriger Zustand in voraussehbarer Zeitdauer behandelbar sei und durch bestehende Arbeitsunfähigkeit und fehlende Erwerbsunfähigkeit gekennzeichnet sei.

Nur wenn mehrere geeignete Behandlungsmaßnahmen gescheitert seien, könne man von einem Gebrechen ausgehen. Dessen entscheidendes Kriterium sei, daß es zu dem Zeitpunkt, in dem über seine Natur befunden werde, in seiner Dauer und zeitlichen Ausdehnung nicht vorhersehbar oder absehbar sei.

Die von TÄSCHNER und WANKE geforderten geeigneten Behandlungen decken sich mit dem vorgestellten Prinzip der "therapeutischen Kette".

TÄSCHNER und WANKE betonen, daß die Prognose der Behandlung einer Drogenabhängigkeit keinesfalls beeinflußt werden darf durch den tatsächlichen Mangel an therapeutischen Institutionen entsprechender Qualität.

Ein Gebrechen unterstellen TÄSCHNER und WANKE auch bei Vorliegen schwerer hirnorganischer oder körperlicher Dauerveränderungen bei Drogenabhängigen.

Mit der Feststellung eines Gebrechens bzw. einer Krankheit bei vorliegender Drogenabhängigkeit wird aber nur ein Hinweis gegeben, welcher Leistungsträger in erster Linie zuständig ist.

Wie erwähnt kennt § 1236 RVO alle drei Begriffe

- Krankheit, Gebrechen oder Schwäche -.

Andererseits wird auf die Ausführungen zum Krankheitsbegriff verwiesen, nach denen die Krankenkassen auch Behinderungen und Dauerleiden als Krankheit ansehen, wenn sie der Heilbehandlung bedürfen.

Insofern ist die Unterscheidung von Drogenabhängigkeit als Krankheit oder Gebrechen rein versicherungsrechtlich von untergeordneter Bedeutung. Daß sie für die Stellung des Drogenabhängigen, der damit in erster Linie als Kranker gesehen wird, als Erwerbsunfähiger und potentieller Rentner abgelehnt wird, von großer Wichtigkeit ist, kann hier nur unterstrichen werden.

Die Maßnahmen der Rehabilitation sind in § 1237 RVO aufgeführt. Danach umfassen die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation insbesondere - woraus ersichtlich wird, daß § 1237 keine erschöpfende Aufzählung der Maßnahmen beinhaltet -

1. ärztliche Behandlung,
2. Arznei- und Verbandmittel,
3. Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie,
4. ,
5. Belastungserprobung und Arbeitstherapie, vor allem in Kur- und Spezialeinrichtungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung.

Somit fällt auch die stationäre Behandlung der Drogenabhängigkeit und hier insbesondere die mehrmonatige stationäre Behandlung der psychischen Abhängigkeit unter die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation i.S. des § 1237 RVO.

Von besonderer Bedeutung können für den Drogenabhängigen die vom Rentenversicherer zu erbringenden berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation sein, die im § 1237a RVO - wiederum nicht erschöpfend - genannt sind:

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschl. Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme und Eingliederungshilfen an Arbeitgeber,

2. Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung einschl. der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung, einschl. eines zur Teilnahme an diesen Maßnahmen erforderlichen schulischen Abschlusses,
4. sonstige Hilfen der Arbeits- und Berufsförderung, um dem Betreuten eine angemessene und geeignete Erwerbs- oder Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen.

Zu den Folgen der Drogenabhängigkeit gehört sehr oft auch der Verlust oder die Gefährdung des Arbeitsplatzes. Die daraus resultierende soziale Isolierung kann mit den genannten Maßnahmen abgewendet werden.

Wenn aber die Rückkehr in den ausgeübten Beruf oder an den vormaligen Arbeitsplatz eine besondere Rückfallgefahr für den Betroffenen mit sich bringen kann - dies wird häufig der Fall sein bei Personen, die im medizinisch-pharmazeutischen Bereich erleichterten Zugang zu Drogen hatten - dann erscheint ein Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel geradezu angezeigt.

Besteht für den Drogenabhängigen ein Anspruch auf Leistungen der Rentenversicherung, so wird dieser Wechsel leichter als sonst durch die Bestimmungen des § 1237a RVO möglich sein.

Schließlich nennt § 1237b ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, von denen für Drogenabhängige das Übergangsgeld, das zur Sicherung des Lebensunterhaltes und

des Lebensbedarfes bestimmt ist, die Übernahme der Kosten, die mit einer berufsfördernden Leistung im Zusammenhang stehen, sowie die Übernahme der Reisekosten für Familienheimfahrten bzw. den Besuch von Familienangehörigen, besonders wichtig sind.

§ 1242 RVO gestattet den Rentenversicherungsträgern unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung sonstige Leistungen zu gewähren, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.

In diesem Rahmen werden von den Rentenversicherungsträgern Seminare für Angehörige, wie Eltern oder Ehegatten, von Drogenabhängigen durchgeführt. Den Angehörigen soll dort Hilfestellung gegeben werden, sich mit der besonderen Situation der Drogenabhängigen am Ende der stationären Behandlung und am Beginn der Wiedereingliederung vertraut zu machen.

3. Rentenleistungen

Erst wenn eine Wiederherstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit eines Drogenabhängigen nicht mehr möglich erscheint, können Rentenleistungen gewährt werden. Der Vorrang der Rehabilitationsmaßnahmen vor der Rentenleistung ist in § 7 Abs. 1 des Rehabilitationsgesetzes festgelegt.

3.1. Berufsunfähigkeitsrente

§ 1246 RVO bestimmt, daß derjenige Versicherte, der berufsunfähig ist, Berufsunfähigkeitsrente erhält, wenn er eine bestimmte Wartezeit erfüllt hat. Bei Vorliegen einer Versicherungszeit von 60 Monaten vor

Eintritt der Berufsunfähigkeit gilt die Wartezeit als erfüllt. Berufsunfähigkeit wird angenommen, wenn die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen herabgesunken ist.

Für den Bereich der Drogenabhängigkeit kann davon ausgegangen werden, daß nur ein kleiner Teil der Versicherten bei Eintritt der Berufsunfähigkeit eine Versicherungszeit von 60 Monaten erfüllt hat.

Dies trifft insbesondere für die Gruppe der jugendlichen Drogenabhängigen zu, die bei Beginn ihrer Drogenabhängigkeit noch am Anfang der Berufstätigkeit bzw. der Berufsausbildung stehen. Rentenleistungen scheiden von daher schon aus versicherungsrechtlichen Gründen aus.

Sicher gilt Drogenabhängigkeit auch als Krankheit i.S. des § 1246 RVO (KRASNEY).

Eine Abgrenzung gegen Gebrechen oder Schwäche ist für die Entscheidung, ob Berufsunfähigkeitsrente gewährt werden kann, deshalb nicht notwendig.

Und wenn auch in besonders fortgeschrittenen Fällen, wie MÜLLHOFF meint, Berufsunfähigkeit vorliegt, so muß doch betont werden, daß Rente in ihrer Lohnersatzfunktion erst die letzte Rechtsfolge aus einem Dauerzustand sein kann (TRUBE-BECKER).

Wenn alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, und TÄSCHNER und WANKE betonen hier zu Recht, daß die therapeutische Praxis im Bereich der Behandlung der Drogenabhängigkeit nicht immer sozialstaat-

lichen Anforderungen genügt, wird Berufsunfähigkeit nicht eintreten müssen.

Letztlich ist die Entscheidung über das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit auch keine medizinische, sondern eine rechtliche Wertung. Von medizinischer Seite wird nur die Grundlage für die Beurteilung der Einschränkung der Erwerbsunfähigkeit und ihrer Ursachen gegeben. Ob Berufsunfähigkeit vorliegt wird aufgrund dieser Beurteilung und weiterer rechtlicher Kriterien, die in § 1236 genannt sind, dann entschieden.

Hier spielen Art und Umfang der bisherigen beruflichen Ausbildung und Tätigkeit sowie die Frage der Zumutbarkeit einer anderen Berufstätigkeit eine wichtige Rolle.

3.2. Erwerbsunfähigkeitsrente

Gemäß § 1247 RVO wird an denjenigen Versicherten, der erwerbsunfähig ist, bei Erfüllung der Wartezeit von 60 Kalendermonaten eine Erwerbsunfähigkeitsrente gewährt.

Als erwerbsunfähig gilt der Versicherte, der infolge von Krankheit oder Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben kann oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann.

Der Versicherte kann auf jede Erwerbstätigkeit, sofern sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in nennenswertem Umfang zur Verfügung steht, verwiesen werden, wenn sie seinen verbliebenen Kräften und Fähigkeiten entspricht.

Tätigkeiten werden dann nicht mehr in gewisser Regelmäßigkeit ausgeübt (BSG 21, S. 133), wenn der Versicherte weniger als 3 Std. täglich leichte Arbeiten verrichten kann.

Geringfügige Einkünfte i.S. des § 1247 RVO sind solche, die weniger als 20% des durchschnittlichen Bruttotariflohnes eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten betragen (BSG 30, S. 192, S. 208).

Wenn begründete Aussicht besteht, daß die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit behoben werden kann, so ist die Rente auf Zeit zu gewähren. Die Dauer soll einschließlich einer Neugewährung 4 Jahre nicht überschreiten.

Auf die Drogenabhängigkeit bezogen gilt im wesentlichen, was schon zur Berufsunfähigkeitsrente gesagt wurde.

Zum einen erfüllt nur ein kleiner Teil der Abhängigen die Wartezeitvoraussetzungen, zum anderen liegt Erwerbsunfähigkeit, die eine noch stärkere Einschränkung der Erwerbsfähigkeit voraussetzt als die Berufsunfähigkeit, nur bei sehr fortgeschrittenen Fällen von Drogenabhängigkeit vor.

Hier handelt es sich meist um Abhängigkeit vom Morphin-Typ bzw. um polytoxikomanen Mißbrauch über längere Zeit mit den entsprechenden Organschäden.

Wenn aber in diesen Fällen keine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich ist, so ist die Prognose für das Leben der Patienten außerordentlich schlecht.

BSCHOR und JUNGE fanden bei 88 ausgewerteten Todesfällen von Drogenabhängigen in Berlin (West) der Jahre 1971 - 1975 einen Anteil von ca. 2/3 an Unglücksfällen, bei denen es sich meist um Morphin- oder Heroinvergiftungen handelte.

Berentungsfälle wegen Drogenabhängigkeit liegen bei den Rentenversicherungsträgern dementsprechend nur in kleiner Zahl vor.

Zwar rechnet MÖLLHOFF wegen der Verlagerung der Szene auf junge Angestellte, Arbeiter und Lehrlinge in den nächsten Jahren mit erhöhten Belastungen für die Sozialversicherung, doch ist ihm zuzustimmen, wenn er dies zunächst für die Krankenversicherung annimmt.

Bei den Rentenversicherern werden die Aufwendungen in erster Linie für Rehabilitationsmaßnahmen steigen, während Berentungen schon aus fehlender Anwartschaft der Drogenabhängigen heraus nicht den Umfang annehmen werden, der zum Teil in der Tagespresse angenommen wird.

Daß eine mittelbare Belastung der Rentenversicherung wegen der nicht erbrachten Beitragsleistung der Drogenabhängigen resultieren kann, darf aber nicht übersehen werden.

3.3. Versagung von Rentenleistungen

Wer sich absichtlich berufs- oder erwerbsunfähig macht, hat gemäß § 1277 RVO Kraft Gesetzes keinen Anspruch auf Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Absicht setzt den bestimmten, auf die Herbeiführung des Erfolgs gerichteten Willen voraus (BSG 21, S. 163, S. 165). Absicht liegt - anders als bei § 192 RVO - noch nicht vor, wenn der Versicherte lediglich mit der Möglichkeit oder auch naheliegenden Wahrscheinlichkeit rechnet, daß seine Erwerbsfähigkeit zerstört oder zumindest in dem für die Berufsunfähigkeit maßgebenden Umfang gemindert wird (BRACKMANN, S. 670 h; KRASNEY 1971). Der Nachweis des dolus eventualis reicht zur Leistungsver-sagung also nicht aus (TRUBE-BECKER).

Bei einer Versagung müssen alle Umstände des Einzelfalles, insbesondere das Alter des Betroffenen, soziales Umfeld und die Art des Suchtmittels Berücksichtigung finden.

In der Praxis gehen die Rentenversicherer auch bei der Drogenabhängigkeit davon aus, daß im Regelfall kein absichtliches Herbeiführen der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt (KRASNEY, MÖLLHOFF).

Dies ist auch deshalb zu begrüßen, weil § 1277 RVO für alle Krankheiten gleichermaßen Gültigkeit hat, eine Überprüfung im genannten Sinne aber auch dort nicht vorgenommen wird, wo - wie im Falle der Gefäßkrankungen nach langjährigem Nikotingenuß und Luxusalimentation - der Kranke nach aller Vermutung die Unvermeidlichkeit der Folgen seines Tuns sehr klar voraussehen kann.

XII. Zusammentreffen von Leistungen der Rentenversicherung und der Krankenversicherung

Die Behandlung der Drogenabhängigkeit - einer Suchtkrankheit, analog zu den Entscheidungen des BSG zur Trunksucht - fällt in den Leistungskatalog der Kranken- und der Rentenversicherer.

In der Krankenversicherung entstehen Behandlungsansprüche aus § 182, Abs. 1 RVO, soweit es sich um Krankenpflege handelt, aus § 184a RVO, soweit es um Behandlung in Spezialeinrichtungen geht.

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 15. Febr. 78 - AZ 3RK 30/77, die im folgenden noch mehrfach erwähnt werden wird, betont, daß diese Leistungen durch das Gesetz nebeneinander zur Verfügung gestellt werden und als Auswahlkriterien Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit genannt sind.

Das Gericht bejaht die uneingeschränkte Gültigkeit dieses Grundsatzes, soweit die Gewährung von Leistungen an Personen in Betracht kommt, die lediglich in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wie bereits erwähnt, ist dies bei vielen Drogenabhängigen der Fall.

Die Anspruchsvoraussetzungen eines Drogenabhängigen an die Rentenversicherung beruhen auf § 1236, Abs. 1 RVO, nach dem einerseits die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge von Krankheit - hier der krankhaften Drogenabhängigkeit - oder anderen Gebrechen oder Schwächen seiner körperlichen und geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert sein muß und andererseits diese Erwerbsfähigkeit durch eine Rehabilitationsmaßnahme voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Da § 184a RVO klarstellt, daß die Krankenkassen für eine Behandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen nur subsidiär hinter den Rentenversicherungsträgern leistungspflichtig sind, hat für eine Rehabilitationsmaßnahme, die als Behandlung i.S. des § 184a RVO aufzufassen ist, die Rentenversicherung zu leisten, selbst wenn es sich dabei nur um eine im pflichtgemäßen Ermessen des Rentenversicherers stehende Leistung handelt.

Nach § 1237 RVO gehören zu medizinischen Leistungen der Rehabilitation insbesondere ärztliche Behandlung, Heilmittel, Belastungsproben und Arbeitstherapie vor allem in Kur- und Spezialeinrichtungen.

Maßnahmen zur Bekämpfung einer krankhaften Drogenabhängigkeit fallen also auch in den Bereich der Rentenversicherung und sind da, wo der Drogenabhängige nur in der Rentenversicherung versichert ist, vom Rentenversicherungsträger allein zu gewähren, der allerdings in seiner Ermessensentscheidung freier ist als die Krankenkassen, da er die von ihm gewährten Maßnahmen vom voraussichtlichen Erfolg abhängig machen kann.

Das BSG führt in seiner Entscheidung vom 15.2.78, bei der es um die Frage ging, ob die Krankenkasse oder der Rentenversicherer die Kosten einer Behandlung eines Alkoholabhängigen in einer Fachklinik für Suchtkranke tragen müsse, aus, daß sich aus dem gesetzlichen Wortlaut keine scharfe Trennungslinie für die jeweilige Zuständigkeit ableiten läßt.

Dies läßt sich nach der Urteilsbegründung auch nicht aus einer finalen, am Zweck der Maßnahme orientierten

Betrachtung entscheiden, denn das Ziel der KV sei es, die Krankheit zu heilen und die Krankheitsfolgen zu beseitigen, während das Ziel der RV vorrangig in der Wiederherstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bestehe.

Die in Streit stehende Kurbehandlung der Trunksucht - und dies gilt sicher auch für die Drogenabhängigkeit - diene aber beiden Zwecken gleicherweise.

Da die gesetzlichen Grundlagen eine unmittelbare Zuordnung der Rehabilitationsmaßnahme (hier der Kurbehandlung) nicht zulassen, schlägt das Gericht folgendes vor:

"Sofern sich mithin überhaupt eine Differenzierung treffen läßt, kann sie am ehesten danach erfolgen, ob die Maßnahme im wesentlichen unter der aktiven und fortdauernden - in der Regel äußerlich - behandelnden Einwirkung des Arztes auf den Patienten unter Zuhilfenahme der technischen Apparaturen des Krankenhauses und unter ständiger Assistenz, Betreuung und Beobachtung fachlich geschulten Pflegepersonals erfolgt und regelmäßig darauf abgerichtet ist, die Krankheit zu bekämpfen und entweder abschließlich oder doch zumindest in erheblichem Maß den körperlichen Zustand des Patienten zu verbessern.

In einem solchen Fall, in dem regelmäßig die pflegerische Tätigkeit der ärztlichen Behandlung untergeordnet ist, wäre die Maßnahme als Krankenhauspflege i.S. des § 184 RVO anzusehen und dem Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung zuzuordnen.

Ist die Maßnahme hingegen - und zwar ebenfalls unter ärztlicher Leitung, auch in stationärer Weise und gleichfalls unter Beteiligung besonders ausgebildetem Personals - vorwiegend darauf gerichtet, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkung und durch Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen, ihm Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehrkräfte zu geben, hat die Veränderung des körperlichen Zustands eine zwar nicht unwesentliche, jedoch mehr begleitende Bedeutung und ist die pflegerische Betreuung des Patienten der ärztlichen Behandlung eher nebengeordnet, so liegt es nahe, die Maßnahme als eine stationäre Behandlung i.S. des § 184a RVO anzusehen, die primär in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung fällt."

Auf das Modell der "therapeutischen Kette" zur Behandlung der Drogenabhängigkeit übertragen, wäre, wenn der Drogenabhängige Ansprüche sowohl an die Krankenversicherung als auch an die Rentenversicherung als Versicherter stellen kann, die Krankenversicherung für die stationäre Phase der Behandlung der physischen Abhängigkeit - Entziehung und Entgiftung - primär zuständig.

Hingegen wäre i.S. des o.g. Urteils die stationäre Behandlung der psychischen Abhängigkeit als eine stationäre Behandlung i.S. des § 184a RVO anzusehen und fiel damit primär in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung.

An die alleinige Leistungsverpflichtung des jeweiligen Versicherers, bei dem der Drogenabhängige ausschließlich versichert ist, sei hier noch einmal erinnert.

Das BSG sieht allerdings die vorgeschlagene Differenzierung nur als Anhalt für eine Zuordnung an und hält für jeden Einzelfall eine genaue Prüfung aller Umstände für erforderlich.

Es räumt ein, daß eine klare Abgrenzung hin und wieder nur schwer möglich sein wird. Deshalb und auch im Hinblick auf die Praktikabilität des Verfahrens schlägt es vor, daß zwischen den Trägern der Renten- und der Krankenversicherung eine Vereinbarung getroffen wird, daß entsprechend den Erfahrungswerten solcher Maßnahmen die Kosten prozentual auf Renten- und Krankenversicherung aufgeteilt werden.

Diesem Vorschlag, der früher schon von KRASNEY (1975) gemacht worden war, wollten sich die Sozialversicherungsträger bisher jedoch nicht anschließen. Sie hatten sich von der BSG-Rechtsprechung für die Zukunft eine eindeutige Zuordnung erhofft.

Die vom BSG weiterhin vorgeschlagene Regelung, die gesamte Maßnahme in der Betreuung eines Versicherers zu belassen, um einen Wechsel des Behandlungsträgers zu vermeiden und dadurch eine effektivere Durchführung der Maßnahme zu erreichen, ist dagegen zumindest teilweise realisiert.

Die "Rheinische bzw. Westfälische Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker" nehmen im Bundesland Nordrhein-Westfalen für die RVO-Kassen und die dort vertretenen Landesversicherungsanstalten für die Gewährung von Maßnahmen zur Suchtkrankenbehandlung gemeinschaftlich die Verwaltung wahr.

Nach deren Richtlinien liegen bei den Geschäftsstellen der Arbeitsgemeinschaften insbesondere

die Entscheidung über die Gewährung von Behandlungen,

die Abrechnung der Kosten für Einleitungsbeurachtungen,

die Koordinierung mit allen beteiligten Stellen

sowie Absprachen über Belegung, Pflegesätze u.ä..

Wenn auch aus verschiedenen rechtlichen Einwendungen heraus die Arbeit der Arbeitsgemeinschaften kritisiert wird, so z.B. daß die freie Wahl der Behandlungsstätte eingeengt sei, oder daß Leistungen von den Arbeitsgemeinschaften nur bewilligt bzw. eingeleitet werden, wenn sie vorher beantragt worden sind und die Entscheidung der Arbeitsgemeinschaft abgewartet wird, obwohl die Krankenversicherung bei Vorliegen einer Suchtkrankheit Leistungen erbringen muß (JOST, GRUBE), ist doch festzustellen, daß die von § 5, Reha Angl.G geforderte Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit Hilfe der Arbeitsgemeinschaften erfüllt werden kann.

XIII. Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

1. Rechtsgrundlagen und Allgemeines

Die gesetzliche Unfallversicherung wird im 3. Buch der RVO geregelt.

Nach § 537 gehört zu ihren Aufgaben:

1. Arbeitsunfälle zu verhüten,
2. nach Eintritt eines Arbeitsunfalles den Verletzten, seine Angehörigen und seine Hinterbliebenen zu entschädigen
 - a) durch Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten, durch Arbeits- und Berufsförderung (Berufshilfe) und durch Erleichterung der Verletzungsfolgen,
 - b) durch Leistungen in Geld an den Verletzten, seine Angehörigen und seine Hinterbliebenen.

Das umfangreiche Recht über den Kreis der versicherten Personen, die in der UV in der Regel keine Mitglieder sind - dies sind Unternehmer und Öffentliche Hand - kann hier nur kurz angerissen werden.

Versichert sind u.a.:

aufgrund eines Arbeits-, Dienst- oder Ausbildungsverhältnisses Beschäftigte,

Schüler während des Besuchs allgemeinbildender Schulen,

Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen.

Das versicherte Risiko in der Unfallversicherung ist der Arbeitsunfall, d.h. ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in der RVO genannten Tätigkeiten erleidet.

Zur Anspruchsbegründung muß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der versicherten Tätigkeit und zwischen dem Arbeitsunfall und der Beschädigung, die der Versicherte erlitten hat, bestehen. Dabei muß die versicherte Tätigkeit nicht ausschließliche aber doch wesentliche Unfallursache sein.

Dem Arbeitsunfall gleichgestellt ist der sogenannte Wegeunfall, d.h. ein Unfall der sich auf einem zusammenhängenden Weg nach und von dem Ort der versicherten Tätigkeit ereignet hat.

Weiterhin bestimmt § 551, Abs. 1 RVO, daß als Arbeitsunfall eine Berufskrankheit gilt.

Berufskrankheiten sind solche Krankheiten, die von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung bezeichnet werden und die ein Versicherter bei einer der im Gesetz genannten Tätigkeiten erleidet.

Zur Drogenabhängigkeit und anderen Suchterkrankungen ergibt sich aus den vorangestellten Bemerkungen noch kein direkter Zusammenhang. Leistungen werden nur in Ausnahmefällen denkbar sein.

Dennoch sollen folgende Fragestellungen erläutert werden:

Können einem Drogenabhängigen, der einen Arbeitsunfall erleidet, Leistungen der Unfallversicherung verweigert werden?

Kann Drogenabhängigkeit bzw. Abhängigkeit von anderen Suchtstoffen als Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung verstanden werden?

Wie wird Drogenabhängigkeit als Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit behandelt?

2. Suchtmittel als Unfallursache

§ 553, Satz 1 RVO bestimmt, daß der Verletzte und seine Hinterbliebenen dann keinen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung haben, wenn der Verletzte den Unfall absichtlich verursacht hat.

Grobfahrlässiges Verhalten schließt Ansprüche aufgrund eines Arbeitsunfalles dagegen nicht aus.

Wenn der Verletzte während der Arbeitszeit Suchtmittel zu sich nimmt, so wird er damit in der Regel die ihm durch das Beschäftigungsverhältnis auferlegten Pflichten nicht erfüllen.

Jedoch bestimmt § 548, Abs. 3 RVO, daß verbotswidriges Handeln des Versicherten die Annahme eines Arbeitsunfalles nicht ausschließt.

Entscheidend für die Annahme eines Arbeitsunfalles ist, daß die versicherte Tätigkeit eine wesentliche Ursache des Unfalls ist. Wenn hingegen die Einnahme eines Suchtmittels die wesentliche Ursache des Unfalls ist, so liegt kein Arbeitsunfall vor (BRACKMANN, S. 484c, BSG 13,9).

Es ist also stets im Einzelfall zu prüfen, ob allein der Rauschmittelgenuß den Unfall wesentlich verursacht hat oder ob auch die versicherte Tätigkeit wesentliche Unfallursache war.

Leistungsverweigerung ist möglich, wenn der Rauschmittelgenuß allein wesentliche Unfallursache war.

3. Drogenabhängigkeit - Berufskrankheit

Ohne Zweifel können besondere Umstände der beruflichen Tätigkeit neben anderen Einflüssen das Entstehen einer Drogenabhängigkeit wesentlich mitverursachen. Dies kann in besonderem Maß für Personen gelten, die in medizinischen oder pharmazeutischen Einrichtungen (Pflegepersonal, Apothekenpersonal, Ärzte) erleichterten Zugang zu Substanzen mit Mißbrauchspotential besitzen.

Die Annahme einer Berufskrankheit bei Vorliegen von Drogenabhängigkeit solcher Personen könnte insoweit erwogen werden.

In der z. Zt. geltenden Berufskrankheiten-Verordnung vom 20.6.68 nach Veränderung vom 8.12.76 sind Suchtkrankheiten jedoch nicht aufgeführt. Eine Anerkennung als Berufskrankheit ist deshalb nicht möglich.

Zwar bestimmt § 551, Abs. 2 RVO, daß auch nicht aufgeführte Krankheiten wie Berufskrankheiten zu entschädigen sind, wenn nach neuen Erkenntnissen die Voraussetzungen nach § 551, Abs. 1 RVO erfüllt sind, doch gelten nach dem BSG-Urteil (BSG 21, S. 296) im obengenannten Sinne nur solche Erkenntnisse als neu, die in der letzten Berufskrankheiten-Verordnung noch nicht berücksichtigt worden sind.

Dies war für den Bereich der Suchtkrankheiten nicht der Fall, denn die möglichen beruflichen Einflüsse auf die Krankheitsentstehung waren schon vor 1968 bekannt. Eine Anerkennung der Drogenabhängigkeit als Berufskrankheit im Sinne des § 551, Abs. 2 RVO ist deshalb nicht möglich (JOST, KRASNEY).

4. Drogenabhängigkeit als Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

Nur solche Gesundheitsstörungen, die im ursächlichen Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit stehen, werden entschädigt.

Der ursächliche Zusammenhang wird nicht nur angenommen für die sofort nach dem Unfall aufgetretenen Gesundheitsschäden (Brüche, Verletzungen), sondern auch für später auftretende Schäden, wenn sie durch den Arbeitsunfall wesentlich mit verursacht sind.

KRASNEY und JOST sowie MÖLLHOFF betonen dann auch, daß deshalb auch Sucht eine Folge eines Arbeitsunfalles bzw. einer Berufskrankheit sein kann, wenn diese eine wesentliche Ursache für ihr Entstehen bilden.

So nennt KRASNEY das Beispiel eines Versicherten, der, durch Unfallverletzung stark entstellt, mit diesen Unfallfolgen nicht fertig wird und zu Suchtmitteln mit resultierender Abhängigkeit greift.

Ebenso wie JOST nennt KRASNEY die Möglichkeit, daß sich Sucht während der durch Berufskrankheit oder Arbeitsunfall bedingten langen Behandlung unter Verordnung von Analgetica mit Mißbrauchspotential entwickeln kann.

In jedem Fall ist die Frage zu stellen, und zwar unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des Betroffenen, ob ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit eine wesentliche Ursache der Sucht bilden.

Bei der Bau-Berufsgenossenschaft in Wuppertal konnte in diesem Zusammenhang ein Fall in Erfahrung gebracht werden, der diese theoretischen Überlegungen untermauert.

Ob er sich in dieser Form bei den heutigen Erkenntnissen über das Abhängigkeitspotential bestimmter Pharmaka und den gegenüber damals verschärften Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes wiederholen kann, mag dahingestellt sein.

5. Falldarstellung

- Sucht als mittelbare Folge eines Arbeitsunfalles -

Bei Abbrucharbeiten auf einem Trümmergelände wird der Schweißer X. - 30 Jahre, verheiratet, 2 Kinder - am 9.11.51 von einer umstürzenden Mauer teilweise verschüttet. Nach Bergung wird eine Trümmerfraktur des 2. LWK mit traumatischer Luxation des Bandscheibengewebes in Wirbelkörperbreite festgestellt.

Vom 2. Januar 1952 bis zum 19. Juni 1952 wird X. auf einer Sonderstation für Querschnittsgelähmte und Schwerstunfallverletzte behandelt. Der Entlassungsbefund verzeichnet eine vollständige schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten durch Caudo con. Läsion ab L2.

Von der Leistenbeuge abwärts besteht Anaesthesie, jedoch klagt der Verletzte über stechende bis brennende, unbestimmbare Schmerzen in der Vorderseite des linken Unterschenkels und der Rückseite des linken Oberschenkels bis hin zum Gesäß.

Bei der konventionellen elektrischen Untersuchung läßt sich eine vollständige Entartungsreaktion der Muskulatur der unteren Extremitäten feststellen.

Versicherungsrechtlich wird eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100% angenommen.

Im Rahmen des BG-Heilverfahrens wird ein praktischer Arzt mit der Betreuung des Querschnittsgelähmten, der über die geschilderten Schmerzen klagt, beauftragt. Dieser Arzt verordnet in der Folgezeit die bereits in der Klinik verabreichten Schmerzmittel.

Zur Verordnung gelangen ab November 1952 bis März 1953 39 Packungen á 20 Tabletten Dolviran (Acetylsalicylsäure 200 mg, Phenacetin 200mg, Codeinphosphat 9,6 mg, Coffein 50 mg, Phenobarbital 25 mg).

Vom 1. April bis zum 30. Juni 1953 15 Packungen á 20 Tabletten Dolviran, 2 Packungen á 25 Tabletten Optalidon (Aminophenazon, Barbitursäure, Coffein), 2 Packungen á 20 Tabletten Polamidon (Methadon).

In den folgenden Monaten wird verstärkt Polamidon sowie ab Oktober 1954 Dolantin (Pethidin) verordnet.

Da die Schmerzen anhalten, wird der Versuch gemacht, neben einer Entfernung von Knochensplittern über eine Grenzstrang-Blockade bzw. eine Blockade der Rückenmarkswurzeln zu Schmerzerleichterung zu kommen. Dieser Versuch schlägt fehl.

Obwohl ab April 1955 ein anderer Arzt in die Betreuung eintritt, ändert sich nichts an der Verschreibungspraxis. Nachdem zunächst Pantopon-Tabletten (Morphin 5 mg je Tbl.) in einer täglichen Dosierung von 3 x 1 - 2 Tbl. verordnet werden, besteht die Medikation ab Juni 1955 aus 3 x 1 Amp. Polamidon-C täglich im Wechsel mit 3 x 1 Amp. tgl. Cliradon.

Am 30.12.55 wird der Patient wegen eines akuten Erregungszustandes, vorangegangen waren Unruhezustände und Tötlichkeiten, als Notfall in die geschlossene Abteilung einer Nervenklinik aufgenommen.

Bei delirantem Zustandsbild erhält der Patient Cliradon in geringer Dosierung sowie Herz-Kreislaufunterstützung. Eine beginnende Pneumonie wird mit Penicillin behandelt. Am 4.1.1956 stirbt der Patient an akutem Herzversagen.

Im Schlußbericht der Klinik wird als Ursache für das akute Herzversagen das schwere Entzugssyndrom gesehen, wobei man seitens der Klinik zum Zeitpunkt der Behandlung nicht über die Schwere und den Umfang des langjährigen Mißbrauchs orientiert war.

Die Berufsgenossenschaft sah die entstandene Suchterkrankung mit Tod beim physischen Entzug als mittelbare Unfallfolge an.

Die Witwe erhält heute eine Hinterbliebenenrente von DM 456,-- mtl. Die Tochter erhielt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres im Juni 1968 ebenso Waisenrente wie der Sohn bis zur Beendigung seines Studiums an einer Ingenieurschule im Juli 1967.

XIV. Zwei Falldarstellungen aus dem Bereich der Renten- und der Krankenversicherung

1. Falldarstellung I

Der 1953 geborene, geschwisterlose M. besucht bis zum Jahre 1968 die Volksschule. Nach Abschluß der Klasse 9

beginnt er im April 1968 eine Versicherungslehre, die jedoch nach einem Monat einverständlich beendet wird. Danach arbeitet er bis zum September 1971 als Gelegenheitsarbeiter bei verschiedenen Arbeitgebern. Aufgrund dieser Beschäftigungsverhältnisse wird er Mitglied einer allgemeinen Ortskrankenkasse.

1968 (15-jährig) beginnt M. Cannabis zu rauchen, ab 1970 beginnt er "härtere" Rauschmittel zu benutzen, die er sich überwiegend spritzt. Hauptsächlich werden Amphetamine (Pervitin), sowie Dolantin, Dilaudid, Polamidon, verwendet.

Als M. die finanziellen Mittel nicht mehr aufbringen kann, begeht er Rezeptfälschungen und schließlich verübt er Apothekeneinbrüche.

Im Juli 1971 wird M. erstmals stationär in einem Landeskrankenhaus aufgenommen. In der Folge werden weitere stationäre Aufenthalte notwendig.

Institution /	Aufenthaltsdauer	ca. Kosten in DM	Kosten- träger
Landeskrk.haus I Juli/August 71	34 Tage	2.700,--	AOK
Landeskrk.haus II Nov., Dez., Jan.71/72	72 Tage	5.700,--	AOK
Fachklinik f. Sucht- kranke I Oktober 72	8 Tage	720,--	AOK
Fachklinik f. Sucht- kranke II Okt. 73-April 74	185 Tage	16.650,--	LVA
Fachklinik f. Sucht- kranke III Juni 75 - Aug. 75	55 Tage	5.230,--	AOK
Landeskrk.haus III Febr. - März 76	8 Tage	720,--	AOK
Landeskrk.haus I Juli 76	7 Tage	630,--	AOK
Landeskrk.haus III August 76	6 Tage	540,--	AOK
	375 Tage	32.890,--	

Aus allen therapeutischen Einrichtungen wurde M. ohne Besserung, meist wegen Rückfalls noch in der Therapie und daraus resultierender Gefährdung der therapeutischen Gemeinschaft entlassen.

Nachdem die Kostenträger drei langfristig angelegte Maßnahmen zur Behandlung der psychischen Abhängigkeit in Fachkrankenhäusern bewilligt haben, ohne daß Therapieerfolge erzielt werden konnten, waren sie (AOK) schließlich nur noch zur Übernahme der Kosten für die Entgiftungsbehandlung bereit.

M., der bereits 1973 eine Freiheitsstrafe wegen der 1971 begangenen Delikte verbüßte, war 1976 erneut straffällig geworden und befand sich zum Zeitpunkt dieser Erhebung im Herbst 1977 noch in Haft.

2. Falldarstellung II

Der 1957 geborene Z., 3 ältere Geschwister, besuchte 9 Jahre die Volksschule und begann danach eine Konditorlehre, die er mit bestandener Abschlußprüfung beendete.

1973 (16-jährig) rauchte er aus Neugierde erstmals Cannabis und behielt den Cannabismißbrauch, der sich in der Folgezeit entwickelte - bis zu 3 g täglich -, bis 1975 bei.

Im September 1975 begann Z. Heroin zu spritzen mit einer Dosierung von 1 g täglich.

Bis Februar 1976 verblieb Z. bei seiner bisherigen Arbeitsstelle, trat dann eine neue Arbeitsstelle an, aus der er im Mai 76 entlassen wurde, da er aufgrund der entstandenen Heroinabhängigkeit seinen Beruf nicht mehr ausüben konnte.

Z. wurde Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt, er erhielt ab Mai 76 von der Innungskrankenkasse, der er angehörte, Krankengeld.

Noch im Mai begibt sich Z. für einige Tage freiwillig in ein Landeskrankenhaus, das er aber schnell wieder verläßt.

Seinen Heroinmißbrauch setzt er bis zum körperlichen Zusammenbruch im August 76 fort, dann sucht er erneut freiwillig ein Landeskrankenhaus auf. Dort wird seine physische Abhängigkeit behandelt.

Da er zu einer weitergehenden Behandlung motiviert scheint, bewilligt die LVA eine Behandlung der psychischen Abhängigkeit in einem Fachkrankenhaus für suchtkranke junge Männer. Diese Behandlung schließt nahtlos an den Aufenthalt im LKH an.

Z. wird im Juni 77 nach 8-monatiger Behandlung drogenfrei und stabilisiert entlassen. Auf eigenen Wunsch kehrt er nicht an seinen Heimatort zurück. Er findet in einer süddeutschen Großstadt eine Arbeitsstelle sowie eine Wohnmöglichkeit, die durch eine Einrichtung der poststationären Suchtkrankenhilfe vermittelt wurde. Z. wird von dort weiter betreut. Im Frühjahr 78 war er drogenfrei und ging seinem erlernten Beruf nach.

Institution /	Aufenthaltsdauer	ca. Kosten in DM	Kosten- träger
Landeskrk.haus Mai 76	5 Tage	400,--	IKK
Landeskrk.haus August - Okt. 76	60 Tage	4.800,--	IKK
vom 13.5.76-25.11.76	Krankengeld	5.700,--	IKK
Fachkrk.haus Okt. 76 - Juni 77	245 Tage	24.500,--	LVA
ab Nov. 76 bis zu Entlassung Übergangsgeld		6.300,--	LVA
	310 Tage	41.700,--	

XV. Zusammenfassung

Nach einer Einführung in die Definition von Sucht und Drogenabhängigkeit werden unter Verwendung der von der WHO vorgeschlagenen Abhängigkeitstypen die mißbräuchlich verwendeten Substanzen und ihre Wirkungen vorgestellt.

Einigen epidemiologischen Daten zur Situation der Rauschmittelabhängigkeit in der BRD folgt ein Überblick über die Rechtsgrundlagen der Sozialversicherung.

Anhand der Rechtsprechung der Sozialgerichte und des einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Schrifttums wird nachgewiesen, daß Suchterkrankungen unabhängig von der Art des Suchtmittels als Krankheit im Sinne der RVO anzusehen sind.

Die krankhafte Abhängigkeit - die psychisch wie physisch vorliegen kann - äußert sich im Verlust der Selbstkontrolle und im "Nicht-mehr-aufhören-können". Die Abhängigkeit selbst, nicht erst ihre Folgeerscheinungen, wird als Krankheit eingestuft.

Einer kurzen Darstellung der therapeutischen Konzepte zur Behandlung der Drogenabhängigkeit folgt eine eingehende Diskussion darüber, inwieweit der Leistungskatalog der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung diese Behandlungskonzepte abdeckt.

In Theorie und Praxis ergeben sich für die Übernahme der Behandlungskosten der physischen wie auch der psychischen Entwöhnung dann keine Probleme, wenn die Behandlungsinstitutionen den Anforderungen der RVO genügen. Daß dabei die Bestimmungen der RVO nicht so eng sind, wie es teilweise vertreten wird, findet ebenfalls Erwähnung.

In der Regel wird auch bei suchthedingter Arbeitsunfähigkeit Krankengeld gewährt. Allerdings bietet § 192, Abs. 1 RVO die Möglichkeit der Versagung des Krankengeldes, wenn unterstellt wird, daß sich der Versicherte seine Suchterkrankung vorsätzlich zugezogen hat.

Für den Bereich des Arbeitsrechtes ermöglicht die Rechtsprechung des BAG zur Alkoholabhängigkeit auch für den Fall der Drogenabhängigkeit ein Versagen der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall wegen Vorliegens einer verschuldeten Krankheit im Sinn des § 1 LFG.

Anhand einer Entscheidung des BSG vom 15.2.78 werden die Probleme dargestellt, die hinsichtlich der Leistungsgewährung auftreten können, wenn sowohl Kranken- als auch Rentenversicherer bei Drogenabhängigkeit leistungspflichtig sind. Wegen der Schwierigkeit der immer erforderlichen Prüfung aller Umstände des Einzelfalles schlägt das BSG eine pauschale prozentuale Aufteilung der Kosten auf beide Leistungsträger vor.

Für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung wird ausgeführt, daß zwar eine Leistungsverweigerung möglich ist, wenn Rauschmitteleinnahme allein wesentliche Unfallursache war und daß Drogenabhängigkeit nicht als Berufskrankheit angesehen werden kann, daß aber andererseits Abhängigkeit als Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit auftreten kann. Dies wird durch ein Fallbeispiel belegt.

Die Arbeit schließt mit der Darstellung zweier Fälle von Drogenabhängigkeit, in denen Renten- und Krankenversicherer Leistungen erbracht haben und beziffert die dabei entstandenen Kosten.

XVI. Literaturverzeichnis

- BERG, W.: Ist Trunksucht eine Krankheit im Sinne der RVO? Die Betriebskrankenkasse 56, 1968, S. 567 ff.
- BERICHT über die Lage der Psychiatrie in der BRD (einschl. Anhang). Bundestagsdrucksachen 7/4200, 7/4201, 1975.
- BRACKMANN, K.: Handbuch der Sozialversicherung. Loseblattwerk. Stand 15.8.77. Bonn-Bad Godesberg.
- BRILL, W.: Alkohol und Drogensucht im Arbeitsrecht. Die Ortskrankenkasse 54, Jahrg. 1972, S. 931 ff.
- BRSCHOR, F.: Die Entwicklung der Drogenszene bis heute. Z. Allg. Med. 53, 1977, S. 1251 - 1262.
- BRSCHOR, F.; JUNGE, S.: Mortalität Drogenabhängiger in Berlin seit 1971. Die Berliner Ärztekammer 1977, S. 299 - 306.
- DEUTSCHER BUNDESTAG: Antwort der Bundesregierung auf die Drucksache 7/227 betr. Drogen- und Rauschmittelmißbrauch. Bundestagsdrucksache 7/620, 1973.
- DITTRICH, J.; GNERLICH, F.; HÜNNEKENS, H.: Erfolg und Mißerfolg bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. Suchtgefahren Heft 4/76, S. 121 - 140.
- EDDY, N.B.; HALBACH, H.; ISREIL, H.; SEEVERS, M.A.: Drug dependance: Its significance and characteristics. Bull. Wld. Hlth. Org. 32, 1965, S. 721 ff.

FRANKE, M.: Der Mißbrauch von Drogen und Rauschmitteln.
(Stand des Problems in der BRD). Nicol-Verlag.
Kassel 1976.

FRYKHOLM, B.; GUNNE, L.M.: Prognosis studies in the
treatment of drug addicts. Läkartidningen 70,
1973, S. 2579 ff.

HALBACH, H.: Terminologie. In: Sucht und Mißbrauch.
Hrsg. von W. STEINBRECHER und H. SOLMS, Thieme,
Stuttgart 1975.

HARTMANN, H.: Krankheit und Arbeitsunfähigkeit als
anspruchsauslösende Tatbestände. Die Ortskranken-
kasse, 1966, S. 349 - 355.

HOFFMEISTER, F.: Pharmakologische Grundlagen des
Mißbrauchspotentials von Abhängigkeit erzeugenden
chemischen Substanzen. In: Sucht und Mißbrauch.
Hrsg. von W. STEINBRECHER und H. SOLMS, Thieme,
Stuttgart 1975.

JAFFE, J.H.: Drug addiction and drug abuse.
In: The Pharmacological Basis of Therapeutics. Hrsg.
von L.S. GOODMAN und H. GILMAN, Macmillan, London 1970.

JOST, H.E.; GRUBE, W.: Die soziale Sicherung Sucht-
kranker und ihrer Familien bei der Durchführung von
Heil- und Rehabilitationsmaßnahmen. Neuland,
Hamburg 1973.

KATO, T.; JARVI, L.F.: LSD 25 and genetic damage.
Dis. nerv. Syst. 30, 1969, S. 42 - 46.

KEUP, W.: Zahlen zur Gefährdung durch Drogen und Medi-
kamente. In: DHS Informationsdienst, Nr.1/2, Dez.
1976, S. 12 - 17.

KEUP, W.: Sucht, Abhängigkeit und Mißbrauch.

In: Deutscher Ärztekalendar 1977. Urban u. Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1976.

KIELHOLZ, P.; BATTEGAY, R.; LADEWIG, D.: Drogenabhängigkeiten. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/2, 2. Auflage, hrsg. von P. KISKER, J.E. MEYER, M. MÜLLER, E. STRÖMGREN, Springer, Berlin 1972.

KIELHOLZ, P.; HAUSER, O.; LADEWIG, D.: Therapie, Katamnese und Prognose der Drogenabhängigkeit. Dtsche. med. Wschr. 101 Jhrg., 1976, S. 521 - 526.

KRAMER; FISHMAN; LITTLEFIELD: Amphetamine abuse. J. Amer. med. Ass. 201, 1967, S. 303 - 309.

KRASNEY, O.E.: Die Drogenabhängigkeit (Sucht) als Krankheit im Sinne der RVO. Dtsche. Rentenversicherung 1971, S. 325 ff.

KRASNEY, O.E.: Die Drogenabhängigkeit als Krankheit im Sinne der RVO. In: Drogen- und Rauschmittelmißbrauch: Bedingungen, Vorbeugung, Behandlung. Heft 17 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren (DHS), Hoheneck-Verlag, Hamm 1972, S. 108 - 115.

KRASNEY, O.E.: Vorsätzlich oder absichtlich herbeigeführter Versicherungsfall oder verschuldete Krankheit bei Suchtkranken. Med. Sach. 69, 1973, S. 34-36.

KRASNEY, O.E.: Rechtliche Maßnahmen im Zusammenhang mit Sucht und Suchtbekämpfung. In: Sucht und Mißbrauch. Hrsg. von W. STEINBRECHER und H. SOLMS, Thieme, Stuttgart 1975.

- KRASNEY, O.E.: Sozialrechtliche Vorschriften bei der Betreuung Suchtkranker. Nicol-Verlag, Kassel 1975.
- LAUBENTHAL, F.: Allgemeine Probleme um Mißbrauch, Süchtigkeit und Sucht. In: Sucht und Mißbrauch. Hrsg. von F. LAUBENTHAL, Thieme, Stuttgart 1964.
- MÄHLER, K.: Die Begutachtung von Suchtkranken im Vertrauensärztlichen Dienst. Amtl. Mitteilungen LVA Rheinprovinz Nr. 3, 1973, S. 87 - 97.
- MÖLLHOFF, G.: Rechtliche und versicherungsmedizinische Probleme bei der Begutachtung von Rauschmittelsüchtigen. Dtsche. Rentenversicherung 1972, S. 318-337.
- MÖLLHOFF, G.: Sucht in rechtlicher und versicherungsmedizinischer Sicht. Dtsch. med. J. 22, 1971, S. 518 - 525.
- MÖLLHOFF, G.: Versicherungsmedizinische Bewertung von Rauschmittelabhängigen. Z. Rechtsmedizin 74, 1974, S. 1 - 8.
- MÖLLHOFF, G.: Einige aktuelle sozialmedizinische Probleme bei Rauschmittelsüchtigen. Med. Sach. 69, Nr. 2, 1973, S. 30 - 34. Med. Sach. 70, Nr. 1, 1974, S. 13 - 14.
- MUSCHOLL, E.: Effect of cocaine and related drugs on the uptake of noradrenaline by heart and spleen. Br. J. Pharmacol. 16, 1961, S. 352 - 359.
- PETERS, H.: Handbuch der Krankenversicherung. Loseblattwerk, 17. Aufl. 76, Stand Juni 77, Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz.

- REUBAND, K.H.: Untersuchungen zum Rauschmittelkonsum in der Bundesrepublik. - Eine bibliographische Übersicht -. DHS, Hamm 1977.
- ROTH, D.: Modelle der Drogentherapie. Theorien und Praxisberichte. Point Press Vlg., Köln 1977.
- SCHULIN, B.: Sozialversicherungsrecht. Werner Verlag, Düsseldorf 1976.
- SCHULZ, P.: Drogentherapie - Analysen und Projektionen. Herder u. Herder, Frankfurt-New York 1974.
- SPIELMEYER, G.: Zum Krankheitsbegriff der Sozialversicherung. Die Ortskrankenkasse 1971, S. 836 - 839.
- STEINBRECHER, W.; SOLMS, H.: Allgemeine Probleme um Mißbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten, Drogen und Genußmitteln. In: Sucht und Mißbrauch. Hrsg. von W. STEINBRECHER u. H. SOLMS, Thieme, Stuttgart 1975.
- TÄSCHNER, K.-L.; WANKE, K.: Drogenabhängigkeit - Krankheit oder Gebrechen im Sinne der RVO. Med. Sach. 72, 1976, S. 32 - 37.
- TRUBE-BECKER, E.: Medikamentensucht und Versicherung. Lebensversicherungsmedizin, Heft 2/68, S. 32 - 36.
- TRUBE-BECKER, E.: Drogenabusus mit Todesfolge. Med. Klinik 70, 1975, S. 133 - 140.
- WHO: WHO Expert Committee on Dependence-Producing Drugs: Fourteenth Report. Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser. Nr. 312, 1965.

Frau Professor Dr. med. E. TRUBE-BECKER
danke ich für das Thema und die Beratung
bei dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 22.6.1947 wurde ich als Sohn der Eheleute Wilhelm Dahlmann und seiner Frau Anneliese, geb. Paffenholz, in Wuppertal geboren.

Ich besuchte die Volksschule und das Gymnasium in Mülheim, Essen und Wuppertal. Im Herbst 1966 verließ ich das Gymnasium mit der Versetzung in die Klasse 12.

Ab 1. Januar 1967 absolvierte ich eine Versicherungslehre, die ich im März 1969 mit der Kaufmannsgehilfenprüfung beendete.

Im März 1969 heiratete ich meine Frau Ingrid, geb. Schulz.

Während meiner Berufstätigkeit als Versicherungskaufmann besuchte ich ab Herbst 1970 das Abendgymnasium der Stadt Wuppertal und bestand dort im Sommer 1973 die Reifeprüfung.

Von Herbst 1973 bis zum Sommer 1975 studierte ich an der Ruhruniversität Bochum Medizin und bestand dort die ärztliche Vorprüfung nach dem 4. Semester.

Seit Herbst 1975 studiere ich Medizin an der Universität Düsseldorf. Dort bestand ich im Sommer 1976 die 1. ärztliche Prüfung und im Sommer 1978 die 2. ärztliche Prüfung.

Zur Zeit befinde ich mich in der praktischen Ausbildung des 3. klinischen Studienabschnitts.

